

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE  
12.12.2017R.

# **REGULAMIN**

## **Organizacyjny**

**Wojewódzkiego Podkarpackiego  
Szpitala Psychiatrycznego  
*im. prof. Eugeniusza Brzezickiego*  
*w Żurawicy***

**SPIS TREŚCI:****ROZDZIAŁ I**

Postanowienia ogólne	4
----------------------	---

**ROZDZIAŁ II**

Cele i zadania szpitala	5
-------------------------	---

**ROZDZIAŁ III**

Organizacja szpitala	5
----------------------	---

**ROZDZIAŁ IV**

Rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń	6
--	---

**ROZDZIAŁ V**

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	8
--	---

**ROZDZIAŁ VI**

Przebieg procesu udzielania świadczeń leczniczych	8
I. Postanowienia ogólne	8
II. Przyjmowanie do szpitala	9
III. Stosowanie przymusu bezpośredniego	12
IV. Obserwacja sądowo- psychiatryczna	13
V. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu	13
VI. Wypisywanie ze szpitala i udzielanie przepustek	14
VII. Pory wydawania posiłków i odwiedzin pacjentów	16
VIII. Postępowanie w razie śmierci pacjenta	16
IX. Dokumentacja medyczna	18
X. Prawa i obowiązki pacjenta	21

**ROZDZIAŁ VII**

Organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych	24
--	----

**ROZDZIAŁ VIII**

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi	48
--	----

**ROZDZIAŁ IX**

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej	49
---	----

**ROZDZIAŁ X**

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, za które pobierane są opłaty	50
--	----

**ROZDZIAŁ XI**

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta oraz za udzielone świadczenia zdrowotne lub usługi medyczne	50
--	----

**Rozdział XII**

Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi szpitala	51
--	----

**Rozdział XIII**

Przepisy końcowe	57
------------------	----

**ZAŁĄCZNIKI:**

- 1) Schemat organizacyjny szpitala,
- 2) Wzór pełnomocnictwa,
- 3) Wzór upoważnienia,
- 4) Cennik usług,
- 5) Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych systemu informatycznego,
- 6) Instrukcja zarządzania systemem informatycznym.

## ROZDZIAŁ I

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

#### § 2

Regulamin organizacyjny Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy określa, w zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ) oraz w Statucie szpitala, cele i zadania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, strukturę organizacyjną, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, a także inne sprawy wymagane przepisami art. 24 ustawy o działalności leczniczej.

#### § 3

W regulaminie uwzględniono postanowienia następujących podstawowych aktów prawnych mających wpływ na prowadzenie działalności szpitala:

- 1) statutu obowiązującego w Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalu Psychiatrycznym *im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy*;
- 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1638 )
- 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.);
- 4) ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (**t.j. Dz. U. 2017 poz. 1318**);
- 5) ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (**t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 882**);
- 6) ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 487);
- 7) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 poz. 740).

#### § 4

Ileć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) **szpitalu** - należy przez to rozumieć Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny *im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy*;
- 2) **Dyrektorze** - należy przez to rozumieć Dyrektora Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy;
- 3) **komórkach organizacyjnych** - należy przez to rozumieć oddział szpitalny, poradnie, dział lub inne stanowisko pracy (jedno lub wieloosobowe) w szpitalu;
- 4) **kierowniku oddziału** – należy przez to rozumieć osobę kierującą pracą oddziału szpitalnego;
- 5) **lekarzu** – należy przez to rozumieć osobę posiadającą właściwe kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

## ROZDZIAŁ II

### Cele i zadania szpitala

#### § 5

1. Celem działania szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia, a także realizacja zadań dydaktycznych i badawczych.
2. Do zadań szpitala należy w szczególności:
  - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu w warunkach stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych;
  - 2) wykonywanie badań diagnostycznych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;
  - 3) prowadzenie działalności w środowisku pacjenta poprzez organizowanie pomocy ze strony rodziny, innych osób, organizacji społecznych i instytucji;
  - 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia;
  - 5) uczestniczenie w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, w tym ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz prowadzenie działalności szkoleniowej, w szczególności staży podyplomowych i specjalizacyjnych;
  - 6) realizacja zadań z zakresu obserwacji sądowo – psychiatrycznej;
  - 7) realizacja zadań obronnych, obrony cywilnej zarządzania kryzysowego, ochrony mienia i informacji niejawnych.

## ROZDZIAŁ III

### Organizacja szpitala

#### § 6

1. Działalność lecznicza szpitala prowadzona jest w ramach trzech Zakładów Leczniczych:
  - 1) Lecznictwa Szpitalnego – które udziela stacjonarnie i całodobowo świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień od alkoholu;
  - 2) Przychodni Specjalistycznej – która realizuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne w warunkach ambulatoryjnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień od alkoholu.
  - 3) **Pozaszpitalna opieka - która realizuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne w trybie dziennym.**
2. Zadania szpitala określone w statucie są wykonywane:
  - 1) w ramach Zakładu Leczniczego Lecznictwo Szpitalne przez:
    - a) Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 1;
    - b) Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 2;
    - c) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu;
    - d) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
    - e) Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie
    - f) Oddział Psychogeriatryczny
    - g) Izbę Przyjęć Szpitala;
    - h) Gabinet Diagnostyczny EEG;
    - i) Pracownię Diagnostyki Laboratoryjnej (laboratorium);
    - j) Dział Farmacji;**
    - k) Dział, Statystyki Medycznej, Analiz i Planowania
  - 2) w ramach zakładu Przychodni Specjalistycznej przez:
    - a) Poradnię Zdrowia Psychicznego;
    - b) Poradnię Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży;

- c) Poradnię Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia;
  - d) Poradnię dla Osób z Autyzmem Dziecięcym;**
  - e) Zespół Leczenia Środowiskowego**
- 3) w ramach Zakładu Pozaszpitalna Opieka:**
- a) Oddział Dzienny Psychiatryczny**
  - b) Oddział Dzienny dla Osób z Autyzmem Dziecięcym**
  - c) Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu**
- 4) pozostała działalność jest wykonywana przez następujące jednostki działalności pozamedycznej:
- a) Dział Finansowo-Księgowy;
  - b) Dział Gospodarczo – Techniczny;
  - c) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia;
  - d) Dział Żywienia
  - e) Dział Spraw Pracowniczych;
  - f) Dział Organizacji, Promocji i Przetwarzania Danych;
  - g) samodzielne stanowiska pracy.

## **ROZDZIAŁ IV**

### **Rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń**

#### § 7

1. Szpital organizuje świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie określonym w niniejszym regulaminie, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń, w sposób gwarantujący pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.
2. Rejestracja pacjentów odbywa się w godzinach pracy poszczególnych komórek udzielających świadczeń zdrowotnych osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
3. Rejestracja może odbywać się również elektronicznie za pośrednictwem portalu Podkarpackiego Systemu Informacji Medycznej.

#### § 8

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów: nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Całodobowe świadczenia zdrowotne w ramach lecznictwa szpitalnego są udzielane na podstawie skierowania. Osoba ze skierowaniem jest dodatkowo poddawana badaniu psychiatrycznemu przez lekarza Izby Przyjęć Szpitala, który po stwierdzeniu wskazań do przyjęcia, odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta wskazania uzasadniające to przyjęcie.
3. W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do oddziału szpitalnego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza Izby Przyjęć Szpitala.
4. Podstawą przyjęcia do leczenia szpitalnego może być również postanowienie sądu o badaniu psychiatrycznym połączonym z obserwacją w zakładzie leczniczym lub postanowienie sądu o poddaniu się leczeniu uzależnienia od alkoholu.
5. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:

- 1) kompleksową ocenę stanu zdrowia;
  - 2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych;
  - 3) leczenie farmakologiczne;
  - 4) rehabilitację leczniczą;
  - 5) wypisanie pacjenta do domu lub do innego podmiotu leczniczego;
  - 6) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji.
6. Zdrowotne świadczenia lekarskie w ramach Przychodni Specjalistycznej są udzielane bez skierowania. Lekarz specjalista udzielający porady ma obowiązek:
- 1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta;
  - 2) podjęcia procesu leczenia;
  - 3) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
  - 4) wydania orzeczenia o aktualnym stanie zdrowia pacjenta.
7. Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych odbywa się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym dla poszczególnych poradni.
8. Świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego są udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
9. Żadne okoliczności nie stanowią podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
10. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### § 9

W celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, każdy pacjent jest obowiązany przedstawić dokument potwierdzający tożsamość wraz z numerem PESEL, w celu elektronicznego potwierdzenia jego uprawnień do świadczeń zdrowotnych. W przypadku braku pozytywnej weryfikacji poprzez system eWUŚ, osoba ubezpieczona może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada może złożyć pisemne oświadczenie, wg wzoru określonego przez Ministra Zdrowia, o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Pacjent składając oświadczenie, ponosi odpowiedzialność za przekazane w nim informacje.

#### § 10

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentom według kolejności zgłaszania, zgodnie z prowadzoną listą oczekujących, w wyznaczonych dniach i godzinach.
2. Inwalidzi wojskowi i wojenni, kombataneci, Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu mają prawo korzystać ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością.
3. W przypadku braku miejsc oraz z powodu zakresu udzielanych świadczeń lub wyczerpania limitu na udzielanie świadczeń, a także ze względów epidemicznych, pacjenci mogą być kierowani do innych placówek, ewentualnie, jeśli jest to możliwe ze względu na stan zdrowia, wpisywani na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
5. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, szpital informuje pacjenta, w każdy dostępny sposób, o zmianie terminu udzielenia świadczenia.
6. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia podlega nadzorowi zespołu oceny przyjęć.

7. Poza kolejnością przyjmowani są do szpitala pacjenci w przypadkach stanu zagrożenia życia lub zdrowia oraz osoby wskazane w ust. 2.
8. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych określa cennik. Cennik stanowi załącznik nr 4 do regulaminu organizacyjnego i podany jest do publicznej wiadomości na stronie internetowej szpitala oraz na tablicach ogłoszeń: w Przychodni Specjalistycznej, w Dziale Statystyki Medycznej, Analiz i Planowania i w Izbie Przyjęć Szpitala.

#### § 11

1. Lekarze szpitala kierują pacjentów na konsultacje specjalistyczne lub inne badania poprzez wystawienie skierowania zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Lekarze szpitala kierują pacjentów na leczenie szpitalne do innych podmiotów leczniczych, jeżeli konieczność hospitalizacji jest uzasadniona stanem zdrowia pacjenta.

#### § 12

Dyrektor szpitala może określić zarządzeniem szczegółowe zasady, standardy postępowania i procedury wykonywane w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

### ROZDZIAŁ V

#### Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

#### § 13

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach:
  - 1) **Lecznictwa Szpitalnego** – w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w miejscowości Żurawica przy ulicy Różanej 9;
  - 2) **Przychodni Specjalistycznej** – w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w miejscowości Przemyśl przy ul. M.F. Focha 31-33.
  - 3) **Pozaszpitalna opieka** – w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w miejscowości Przemyśl przy ul. M.F. Focha 31-33”
3. W uzasadnionych przypadkach ambulatoryjne świadczenia z zakresu psychiatrii mogą być udzielane w domu pacjenta bądź innym miejscu jego pobytu.

### ROZDZIAŁ VI

#### Przebieg procesu udzielania świadczeń leczniczych

#### I. Postanowienia ogólne.

#### § 14

1. Lecznictwo Szpitalne w ramach hospitalizacji udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem diagnostykę, farmakologię, pielęgnację i rehabilitację pacjentów oraz zapewnia im produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
2. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, udzielane w ramach Przychodni Specjalistycznej w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym, obejmują świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnienia od alkoholu oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.



3. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

## II. Przyjmowanie do szpitala.

### § 15

1. Lekarz Izby Przyjęć Szpitala kwalifikuje pacjenta do odpowiedniego oddziału szpitalnego oraz ustala wstępne postępowanie lecznicze.
2. Lekarz, który zdecydował o przyjęciu do szpitala, odnotowuje niezwłocznie w dokumentacji medycznej pacjenta wskazania uzasadniające to przyjęcie.
3. W przypadkach, gdy lekarz przyjmujący zasięgał opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, obowiązkowo dołącza ją niezwłocznie do dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Niezwłocznie po przyjęciu do szpitala osobie z zaburzeniami psychicznymi oraz jej przedstawicielowi ustawowemu albo opiekunowi faktycznemu, lekarz Izby Przyjęć Szpitala przekazuje w sposób zrozumiały informacje o przysługujących jej prawach.
5. Fakt przekazania informacji, o których mowa w ust. 4, jest niezwłocznie odnotowywany w dokumentacji medycznej pacjenta.
6. W przypadku braku wskazań do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego lekarz, o którym mowa w ust. 1, odnotowuje w dokumentacji medycznej rodzaj udzielonej porady i uzasadnienie odmowy przyjęcia, a pacjentowi wręcza kartę odmowy i informuje go o toku dalszego postępowania.
7. Lekarz Izby Przyjęć Szpitala nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

### § 16

1. Lekarz Izby Przyjęć Szpitala winien ustalić czy pacjent posiada własne leki. W przypadku ich posiadania i wyrażenia życzenia, że leki te chce nadal przyjmować, lekarz Izby Przyjęć Szpitala, przed podjęciem decyzji o wstępnym postępowaniu leczniczym winien uzgodnić ich stosowanie z kierownikiem oddziału. W przypadku braku zgody na dalsze ich stosowanie, leki winny zostać przekazane do depozytu pacjenta lub zwrócone rodzinie.
2. W szpitalu obowiązuje bezwzględny zakaz wystawiania pacjentom w trakcie hospitalizacji recept na leki i preparaty diagnostyczne oraz wyroby medyczne do zrealizowania w aptekach ogólnodostępnych.

### § 17

1. Osoba przyjęta do szpitala ma prawo do złożenia rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego.
2. Tryb postępowania z przedmiotami przekazanymi do depozytu określa „Procedura przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie”.

### § 18

1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.
2. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala, za jej pisemną zgodą bez skierowania.
3. Przyjęcie do szpitala osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala i leczenia następuje

po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

4. W przypadkach nagłych, jeżeli lekarz Izby Przyjęć Szpitala poweźmie poważne wątpliwości, co do zdolności świadomego wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala i leczenie osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo, ma on obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry albo pisemnej opinii psychologa. Po uzyskaniu wymaganej opinii, lekarz Izby Przyjęć Szpitala sporządza odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej i powiadamia Dyrektora szpitala o konieczności uzyskania na hospitalizację zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala.

#### § 19

1. Przyjęcie do szpitala osoby pełnoletniej ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego, który za wyjątkiem przypadków nagłych, winien posiadać zgodę sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
2. Przyjęcie do szpitala osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, następuje za jej zgodą i po wyrażeniu zgody jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
3. Wymóg wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie stosuje się również do osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, jeżeli wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora.
4. O przyjęciu do szpitala osoby, której przedstawiciel ustawowy nie miał zgody sądu opiekuńczego, lekarz Izby Przyjęć Szpitala dokonuje stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej i niezwłocznie powiadamia Dyrektora szpitala o konieczności uzyskania zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala.

#### § 20

1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala postanawia lekarz Izby Przyjęć Szpitala po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Po uzyskaniu wymaganej opinii, lekarz Izby Przyjęć Szpitala sporządza odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej.
2. Lekarz Izby Przyjęć Szpitala jest obowiązany wyjaśnić osobie przyjmowanej bez jej zgody przyczyny przyjęcia do szpitala i poinformować ją o przysługujących jej prawach.
3. Przyjęcie do szpitala bez zgody wymaga zatwierdzenia tej czynności przez kierownika oddziału w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia i powiadomienia przez Dyrektora szpitala, w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia, sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala.
4. Wszystkie czynności należy odnotować w dokumentacji medycznej z zachowaniem chronologii wydarzeń.

#### § 21

1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób,

- a zachodzą wątpliwości czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni.
2. Lekarz Izby Przyjęć Szpitala jest obowiązany wytłumaczyć tej osobie przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody w celu wyjaśnienia wątpliwości medycznych i poinformować tą osobę o przysługujących jej prawach.
  3. Przyjęcie do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia tej czynności przez kierownika oddziału w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia i powiadomienia przez Dyrektora szpitala, w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia, sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala.
  4. Wszystkie czynności należy odnotować w dokumentacji medycznej z zachowaniem chronologii wydarzeń.

#### § 22

1. W przypadku, gdy osoba przyjęta do szpitala bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w szpitalu, kierownik oddziału dokonuje stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz zgłasza ten fakt niezwłocznie Dyrektorowi szpitala, celem powiadomienia sądu opiekuńczego prowadzącego postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala osoby bez jej zgody.
2. Od obowiązku zawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu do Szpitala osoby bez jej zgody nie zwalnia okoliczność, że osoba ta jeszcze przed powiadomieniem sądu opiekuńczego wyraziła zgodę na pobyt w Szpitalu.

#### § 23

1. W przypadku, gdy osoba przyjęta do szpitala za zgodą cofnęła później zgodę na przyjęcie do szpitala i leczenie, a zachodzą przesłanki wskazujące, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, o przyjęciu do szpitala lub o dalszym jej leczeniu decyduje kierownik oddziału po osobistym zbadaniu pacjenta i po zasięgnięciu opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
2. Konieczność dalszego leczenia osoby, o której mowa w ust. 1, kierownik oddziału stwierdza w ciągu 48 godzin od chwili cofnięcia zgody i zgłasza Dyrektorowi szpitala konieczności zawiadomienia, w ciągu 72 godzin od chwili cofnięcia zgody, sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala.
3. Lekarz oddziału obowiązany jest wyjaśnić osobie, o której mowa w ust. 1, przyczyny pozostawienia jej w szpitalu.
4. Wszystkie czynności należy odnotować w dokumentacji medycznej z zachowaniem chronologii wydarzeń.

#### § 24

Do szpitala może być również przyjęta osoba chora psychicznie bez wymaganej zgody na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby.

#### § 25

W przypadkach, gdy lekarz przyjmujący zasięgał opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, obowiązkowo dołącza ją niezwłocznie do dokumentacji medycznej pacjenta.

#### § 26

Po otrzymaniu z sądu opiekuńczego postanowienia o braku podstaw do przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala lub braku podstaw do jej dalszego leczenia, szpital obowiązany jest niezwłocznie, po doręczeniu mu postanowienia sądu, wypisać tę osobę.

## § 27

1. Wobec osoby przyjętej do szpitala bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody.
2. Lekarz oddziału lub lekarz dyżurny szpitala obowiązany jest zapoznać osobę przyjętą z planowanym postępowaniem leczniczym. Czynność ta winna zostać zapisana w dokumentacji medycznej.
3. Wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody lub jej przedstawiciela ustawowego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody (Dz. U. z 2012 r. poz. 494).
4. Przepisy powyższe nie dotyczą osoby przyjętej do szpitala w celu wyjaśnienia wątpliwości czy osoba ta jest chora psychicznie.

## § 28

Kierownicy oddziałów prowadzą rejestr osób przyjętych do szpitala:

- 1) bez zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 2) bez zgody pacjenta w przypadku gdy pacjent wyraził zgodę później;
- 3) za zgodą, która budzi wątpliwości, że została wyrażona świadomie i z pełnym rozeznaniem czynu;
- 4) niezdolnych do wyrażenia zgody;
- 5) bez zgody w celu wyjaśnienia czy osoba ta jest chora psychicznie.

### III. Stosowanie przymusu bezpośredniego.

## § 29

1. Przymus bezpośredni polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji. Przymus można stosować tylko wtedy, kiedy osoba z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innych, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkodza przedmioty w swoim otoczeniu.
2. Można też przymus stosować w celu dokonania niezbędnych czynności leczniczych wobec osoby leczonej bez zgody (np. iniekcji z przytrzymaniem pacjenta) lub gdy ta osoba chce samowolnie opuścić szpital.
3. O zastosowaniu przymusu decyduje lekarz, a jeśli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu decyduje pielęgniarka, która natychmiast zawiadamia o tym lekarza.
4. Przymusowe badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi może być dokonane tylko wtedy, gdy zachowanie tej osoby wskazuje, że z powodu tych zaburzeń może ona zagrażać bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.
5. Stosowanie przymusu bezpośredniego określa obowiązująca w szpitalu instrukcja opracowana w oparciu o zasady wyrażone w postanowieniach art. 18 oraz art. 34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (**t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 882**) i w stosownych przepisach wykonawczych.

#### **IV. Obserwacja sądowo- psychiatryczna.**

##### § 30

1. Obserwacja sądowo – psychiatryczna w postępowaniu karnym lub przygotowawczym prowadzona jest wyłącznie na podstawie orzeczenia sądu, które określa miejsce i czas trwania obserwacji, nie dłuższy niż cztery tygodnie.
2. Dyrektor szpitala, na wniosek lekarza biegłego, może wystąpić do sądu z wnioskiem o przedłużenie tego terminu na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji, nie dłużej jednak niż na dalsze cztery tygodnie.
3. O zakończeniu obserwacji lekarz biegły niezwłocznie zawiadamia sąd.

##### § 31

1. Obserwacja sądowo – psychiatryczna w postępowaniu o ubezwłasnowolnienie prowadzona jest wyłącznie na podstawie postanowienia zarządzającego sądu, które określa miejsce i czas trwania obserwacji, nie dłuższy niż sześć tygodni.
2. W wyjątkowych wypadkach, sąd przed upływem wyznaczonego terminu, może przedłużyć czas trwania obserwacji do trzech miesięcy.
3. Gdyby obserwacja była przeprowadzana z przerwami, łączny czas pobytu pacjenta w szpitalu nie może przekraczać sześciu tygodni, a w sytuacjach wyjątkowych - trzech miesięcy.

##### § 32

1. Obserwacja sądowo – psychiatryczna osoby uzależnionej od alkoholu prowadzona jest wyłącznie na podstawie postanowienia sądu, które określa miejsce i czas trwania obserwacji, nie dłuższy niż dwa tygodnie.
2. Dyrektor szpitala, na wniosek lekarza biegłego, może wystąpić do sądu z wnioskiem o przedłużenie tego terminu na czas nie dłuższy niż 6 tygodni.

#### **V. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu.**

##### § 33

Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu oraz Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych poza świadczeniami właściwymi dla oddziałów szpitalnych zapewniają pacjentom: działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej, programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów, programy psychoterapii uzależnień, indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu, indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu, pomoc w załatwianiu spraw osobistych oraz stwarzają warunki umożliwiające wypisanie pacjenta lub jego przejście do innego podmiotu leczniczego lub domu pomocy społecznej.

##### § 34

1. Obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu. Szpital może wystąpić do sądu z wnioskiem o zmianę postanowienia w zakresie rodzaju leczenia odwykowego.
2. Szpital może ze względów leczniczych skierować osobę zobowiązaną do innego zakładu w celu kontynuowania leczenia odwykowego, powiadamiając o tym sąd.

3. Szpital w uzasadnionych przypadkach może wystąpić do sądu z wnioskiem o wydanie postanowienia o ustanie obowiązku leczenia przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1.
4. Wszelkie czynności szpitala w tym zakresie wymagają odnotowania w dokumentacji medycznej.

## **VI. Wypisywanie ze szpitala i udzielanie przepustek.**

### § 35

1. Wypisanie pacjenta, jeżeli przepisy nie stanowią inaczej, następuje:
  - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych;
  - 2) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. O wypisaniu ze szpitala osoby przebywającej w szpitalu za jej zgodą decyduje lekarz prowadzący leczenie w porozumieniu z kierownikiem oddziału, jeżeli stan zdrowia osoby wskazuje, że ustąpiły przyczyny przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym.

### § 36

1. W przypadku wydania przez sąd opiekuńczy postanowienia o braku podstaw do przyjęcia do szpitala osoby bez jej zgody w trybie art. 23 lub 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, szpital jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu.
2. O wypisaniu ze szpitala osoby przebywającej bez jej zgody, postanawia kierownik oddziału jeżeli stan zdrowia tej osoby wskazuje, że ustąpiły przyczyny przyjęcia i pobytu bez jej zgody. Okoliczności te odnotowuje się w dokumentacji medycznej, w szczególności uzasadnia się okoliczność ustąpienia bezpośredniego zagrożenia dla życia tej osoby albo życia lub zdrowia innych osób. O wypisaniu ze szpitala Zastępca Dyrektora szpitala ds. Lecznictwa zawiadamia sąd opiekuńczy.
3. Osoba, o której mowa w ust. 2, może za swoją zgodą pozostać nadal w szpitalu, jeżeli w ocenie lekarza jej dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy. O wypisaniu ze szpitala i o dalszym pozostawianiu tej osoby w szpitalu Zastępca Dyrektora szpitala ds. Lecznictwa zawiadamia sąd opiekuńczy.
4. Przepis ust. 2 stosuje się również do osoby przyjętej do szpitala za jej zgodą, jeżeli przy przyjęciu lub podczas pobytu w szpitalu zagrażała ona bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

### § 37

1. Osoba przebywająca w szpitalu może złożyć w dowolnej formie, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala.
2. Osoba przebywająca w szpitalu bez swojej zgody, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę mogą żądać wypisania tej osoby ze szpitala nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody.
3. Informację o złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 lub żądania określonego w ust. 2, odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Jeżeli wniosek lub żądanie zostały złożone w formie pisemnej należy dołączyć je do dokumentacji medycznej. Odmowa wypisania ze szpitala winna zawierać pouczenie o terminie i sposobie złożenia wniosku

- do sądu o nakazanie wypisania. Decyzja ta winna znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej.
4. O odmowie wypisania, kierownik oddziału powiadamia na piśmie wnioskodawcę lub żądającego oraz poucza go, że w terminie 7 dni od daty otrzymania pisemnej odmowy może wystąpić do sądu opiekuńczego, właściwego dla siedziby szpitala, o nakazanie wypisania.
  5. Postanowienia niniejszego paragrafu nie dotyczą osób kierowanych na podstawie orzeczeń innych organów.

#### § 38

1. O wypisaniu pacjenta leczonego na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi decyduje kierownik oddziału:
  - 1) na podstawie wyników leczenia uzasadniających jego zakończenie;
  - 2) niezwłocznie na żądanie pacjenta lub jego opiekuna ustawowego, pod warunkiem, że w ocenie lekarza osoba żądająca wypisu nie stanowi zagrożenia dla własnego życia lub zdrowia, a także dla życia lub zdrowia osób trzecich i nie zachodzi konieczność zastosowania art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; ustnie zgłoszone żądanie wypisania pacjent potwierdza własnoręcznym podpisem w dokumentacji medycznej;
  - 3) niezwłocznie po doręczeniu postanowienia sądu o skróceniu okresu przymusowego leczenia;
  - 4) na wniosek Zarządu Pacjentów Oddziału, jeżeli pacjent uporczywie narusza obowiązujący porządek;
  - 5) dyscyplinarnie w przypadku spożywania w trakcie leczenia napojów alkoholowych lub przyjmowania innych środków psychoaktywnych oraz rażącego niestosowania się do zaleceń lekarskich, a także rażącego naruszania innych postanowień regulaminu oddziału – w przypadku pacjentów hospitalizowanych na mocy postanowienia sądu wypis następuje z równoczesnym powiadomieniem sądu;
  - 6) niezwłocznie w razie samowolnego opuszczenia terenu szpitala (bez zezwolenia kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego).
2. Przepisów ust. 1 pkt. 1-2 oraz pkt 4 nie stosuje się do pacjentów, względem których sąd orzekł obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu.
3. Kierownik oddziału powiadomi właściwy sąd o nieprzestrzeganiu istotnych postanowień niniejszego regulaminu oraz regulaminu oddziału przez pacjenta hospitalizowanego na mocy postanowienia sądu.

#### § 39

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny nie odbiera pacjenta niezdolnego do samodzielnej egzystencji w wyznaczonym terminie, Dyrektor na pisemny wniosek kierownika oddziału, podejmuje decyzję o przewiezieniu tej osoby do miejsca pobytu na koszt gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania ze względu na ostatnie, miejsce pobytu pacjenta.
2. O podjęciu decyzji, o której mowa w ust. 1, Dyrektor niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) i wystawia rachunek za koszty transportu, który przesyła gminie.
3. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszej hospitalizacji lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta począwszy od upływu terminu, o którym mowa w ust 1, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

## § 40

1. Hospitalizowani pacjenci w przypadkach wyjątkowych lub uzasadnionych względami leczenia mogą korzystać z kilkudniowych przepustek.
2. W każdym przypadku zdarzeń losowych potwierdzonych stosownymi dokumentami kierownik oddziału lub lekarz dyżurny szpitala lub na podstawie decyzji sądu może udzielić pacjentowi hospitalizowanemu kilkudniowej przepustki ze szpitala. Przepisu tego nie stosuje się do pacjentów, względem, których sąd orzekł obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu.

## § 41

1. Ciągłość opieki medycznej w szpitalu realizowana jest poprzez pełnienie dyżurów lekarskich, tj.:
  - 1) w dni robocze od godz. 15<sup>00</sup> do godz. 7<sup>25</sup>;
  - 2) w niedziele i święta od godz. 7<sup>25</sup> do godz. 7<sup>25</sup> dnia następnego.
2. Dyżury pełni dwóch lekarzy:
  - 1) lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala;
  - 2) lekarz dyżurny oddziałów szpitalnych.
3. **Lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala jest odpowiedzialny za całodobową działalność Szpitala w godzinach pracy określonych w ust.1.**

**VII. Pory wydawania posiłków i odwiedzin pacjentów.**

## § 42

1. Posiłki wydawane są i spożywane w miejscach lub w pomieszczeniach oddziałów szpitalnych przeznaczonych na ten cel.
2. Posiłki wydawane są w godzinach:
  - a) śniadanie w godzinach od 8<sup>00</sup> do 9<sup>00</sup>;
  - b) obiad w godzinach od 13<sup>00</sup> do 14<sup>00</sup>;
  - c) kolacja w godzinach od 18<sup>00</sup> do 19<sup>00</sup>.

## § 43

1. Szpital umożliwia codzienne odwiedzanie pacjentów między godziną 8<sup>00</sup> a 20<sup>00</sup>. W szczególnie uzasadnionych przypadkach i za zgodą kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego odwiedziny te mogą odbywać się również w innych godzinach.
2. Ograniczenie prawa pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz może nastąpić wyłącznie w drodze decyzji Dyrektora szpitala wydanej ze względów epidemiologicznych, także ze względu na stan zdrowia pacjenta lub inne szczególnie ważne przyczyny.

**VIII. Postępowanie w razie śmierci pacjenta.**

## § 44

1. W razie śmierci pacjenta hospitalizowanego, pielęgniarka niezwłocznie zawiadamia lekarza, który:
  - 1) niezwłocznie zawiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego; powiadomienie realizowane jest telefonicznie lub telegraficznie w przypadku braku kontaktu telefonicznego;
  - 2) natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w dokumentacji medycznej dzień i godzinę zgonu, numer



- statystyczny przyczyny zgonu, informację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem oraz sporządza akt zgonu.
2. Pielęgniarka odnotowuje dzień i godzinę zgonu w raporcie pielęgniarstwie oraz w karcie gorączkowej pacjenta. Ponadto w karcie gorączkowej wpisuje dane dotyczące osoby powiadomionej o zgonie pacjenta. Wpisy podlegają poświadczeniu własnoręcznym podpisem.
  3. Lekarz stwierdzający zgon sporządza kartę zgonu pacjenta oraz odsyła do Działu Statystyki Medycznej, Analiz i Planowania zakończoną historię choroby zmarłego wraz z kartą statystyczną.
  4. Kartę zgonu pacjenta wydaje się osobie, która dokonuje pochowania zwłok.
  5. Pielęgniarka sporządza kartę skierowania zwłok do pomieszczenia Pro morte oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego.
  6. Po upływie dwóch godzin zwłoki umieszcza się w pomieszczeniu Pro morte.
  7. Salowi oddziału, w którym hospitalizowana była osoba zmarła, obowiązani są przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należytej osobie zmarłej. Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania i nie przysługują za nie żadna opłata.
  8. W przypadku konieczności przechowania zwłok w chłodni, jeżeli nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania albo gdy w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok lub gdy przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta szpital zapewnia przewiezienie zwłok do chłodni innego szpitala.
  9. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. 2015 r. poz. 2126) oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, szpital pobiera opłatę.
  10. W przypadku zwłok pacjenta niepochoowanych przez uprawnione osoby lub instytucję, Dyrektor niezwłocznie zawiadamia Gminę Żurawica o konieczności pochówku. Gmina powinna pochować zwłoki w ciągu trzech dni, w przypadku gdy tego nie uczyni, począwszy od czwartego dnia Dyrektor nalicza gminie stosowną opłatę za przechowanie zwłok.

#### § 45

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przez upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczynił to pacjent za życia.
3. Sekcję przeprowadza się, gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny.
4. Sekcji nie przeprowadza się w przypadku przekazania zwłok do zakładu medycyny sądowej lub w innych przypadkach określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie.
5. Właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny może nakazać sekcję zwłok osoby zmarłej, u której rozpoznano lub podejrzewano chorobę zakaźną albo może zakazać wykonywania sekcji zwłok, gdy sekcja zwłok mogłaby prowadzić do zakażenia osób lub skażenia środowiska, z wyjątkiem przypadku, gdy zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa.

6. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.

#### § 46

1. Pielęgniarka oddziałowa niezwłocznie sporządza spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego; pieniądze i przedmioty wartościowe przekazuje do depozytu szpitalnego, a rzeczy osobiste do magazynu odzieży pacjentów przy Izbie Przyjęć Szpitala.
2. Przedmioty pozostałe po zmarłym, z wyjątkiem odzieży potrzebnej do ubrania zwłok, szpital wydaje za pokwitowaniem uprawnionym spadkobiercom zmarłego, a w przypadku pieniędzy i przedmiotów wartościowych po przedłożeniu przez osoby uprawnione dokumentu stwierdzającego nabycie praw do spadku.

### **IX. Dokumentacja medyczna.**

#### § 47

1. Szpital prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną w sposób zapewniający ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Dokumentację medyczną stanowi:
  - 1) dokumentacja indywidualna - odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
  - 2) dokumentacja zbiorcza - odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.
3. Dokumentacja indywidualna obejmuje:
  - 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby szpitala;
  - 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital.
4. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:
  - 1) historia choroby;
  - 2) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego.
5. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:
  - 1) skierowanie do szpitala lub przychodni specjalistycznej;
  - 2) skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację;
  - 3) zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie;
  - 4) karta informacyjna z leczenia szpitalnego.
6. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, zawierającego dokładny opis lub załącza jej kopie.

#### § 48

1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.
2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.
3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej tej adnotacji.
4. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane.
5. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się, co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku

- z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.
6. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
  7. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
  8. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

#### § 49

W dokumentacji wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

#### § 50

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dostępu do dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

#### § 51

Lekarz kierujący na badanie lub konsultację przekazuje wraz ze skierowaniem podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

#### § 52

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
  - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
  - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 9) lekarzowi lub pielęgniarce prowadzącym procedury oceniające Szpital na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
  - 10) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych stanowiących przyczynę zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w zakresie prowadzonego postępowania;
  - 11) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, stanowiących przyczynę zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
  - 12) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tj. Dz. U. 2015, poz. 636 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

#### § 53

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. Do wglądu, w tym także poprzez dostęp do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
2. Poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
3. Poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

#### § 54

1. Szpital udostępnia dokumentację osobom i podmiotom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku udostępnienia dokumentacji poprzez wydanie oryginału, w aktach należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
3. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa następuje w formie pisemnej z podaniem przyczyny odmowy.

#### § 55

1. Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu z wyjątkiem:
  - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
  - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
  - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust.1, podmiot udzielających świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

## **X. Prawa i obowiązki pacjenta.**

### § 56

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
  - 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
  - 2) pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki.Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie to jest bezzasadne. Żądanie oraz odmowę, należy odnotować w dokumentacji medycznej.
4. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
5. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.
6. Pacjentowi przysługuje prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie tych informacji innym osobom oraz prawo do żądania aby lekarz nie udzielił stosownych informacji. Pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w zakresie objętym informacją.
7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 6, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.
9. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.
10. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.
11. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
12. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 11. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

13. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
14. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 10-13, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
15. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
16. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Za sporządzanie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej Szpital pobiera stosowne opłaty, określone w cenniku szpitala (**załącznik nr 4 do regulaminu organizacyjnego**).

#### § 57

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
2. Lekarz może odmówić pacjentowi obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

#### § 58

1. Pacjent hospitalizowany ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Pacjentowi przysługuje również prawo odmowy kontaktu ze wskazanymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej niepolegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
3. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Szpital.

#### § 59

1. Pacjent hospitalizowany ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia szpital jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

#### § 60

Pacjent hospitalizowany ma prawo do bezpłatnego przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

## § 61

1. Pacjenci Oddziałów Terapii Uzależnienia od Alkoholu oraz Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych są obowiązani do:
  - 1) poddawania się niezbędnym badaniom lekarskim oraz czynnościom z zakresu terapii;
  - 2) przestrzegania zaleceń dotyczących sposobu leczenia i terapii;
  - 3) punktualnego zgłaszania się na wszystkie przewidziane planem terapii zajęcia oraz potwierdzania swojej obecności własnoręcznym podpisem w liście obecności prowadzonej przez terapeutów;
  - 4) przestrzegania całkowitej abstynencji od alkoholu i substancji psychoaktywnych;
  - 5) przestrzegania zakazu palenia tytoniu na terenie całego Szpitala;
  - 6) nie opuszczania terenu Szpitala bez pisemnej zgody odpowiednio kierownika Oddziału lub sądu albo lekarza dyżurnego szpitala;
  - 7) przestrzegania ustalonych regulaminów, w tym regulaminów oddziałów oraz zarządzeń porządkowych i zaleceń personelu oddziału, a także Rady Pacjentów.
2. Wszelkie informacje w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent przekazuje dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.
3. Jeżeli w czasie pobytu w oddziale pacjenci w/w oddziałów dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu albo też poważnie zakłócają lub uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie oddziału, kierownik oddziału, pielęgniarka, a także lekarz dyżurny może zarządzić, po wyczerpaniu innych środków, zastosowanie środków ograniczających swobodę ruchów poprzez przytrzymanie pacjenta lub zabezpieczenie mechaniczne przy użyciu automatycznych pasów, zapewniając jednakże możliwie najmniejszą uciążliwość dla pacjenta, a spełniające skutecznie jego celowość (przymus bezpośredni).

## § 62

1. W Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu prowadzi działalność samorząd pacjentów, którego organem jest Rada Pacjentów.
2. Do zadań Rady Pacjentów należy w szczególności:
  - a) reprezentowanie interesów pacjenta wobec Dyrektora szpitala i kierownika oddziału;
  - b) współdziałanie z oddziałem w zakresie tworzenia warunków sprzyjających leczeniu i rehabilitacji oraz organizowaniu terapii;
  - c) współdziałanie w kształtowaniu właściwych stosunków międzyludzkich;
  - d) zgłaszanie wniosków w sprawie zaspokajania potrzeb bytowych i kulturalnych pacjentów;
  - e) wykonywanie innych czynności przewidzianych w regulaminie.
3. Szczegółowe zasady działania samorządu określa regulamin samorządu zatwierdzony przez Dyrektora szpitala.
4. Regulamin samorządu pacjentów może przewidywać system wyróżnień i nagród oraz stosowanie kar koleżeńskich.

## § 63

1. Kierownik Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu w porozumieniu z Radą Pacjentów opracowuje:
  - 1) program zajęć terapeutycznych, oświatowych, sportowych i rekreacyjnych prowadzonych w oddziale;
  - 2) tygodniowy plan zajęć prowadzonych w oddziale.
2. Program i plan zajęć podawany jest do wiadomości ogółu pacjentów.

## § 64

1. Pacjent może uczestniczyć w zajęciach rehabilitacyjnych prowadzonych w oddziałach psychiatrycznych.
2. Cel, rodzaje i zakres zajęć określa Regulamin prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w oddziałach psychiatrycznych.

**ROZDZIAŁ VII****Organizacja i zadania poszczególnych jednostek  
lub komórek organizacyjnych**

## § 65

1. Strukturę organizacyjną szpitala tworzą komórki organizacyjne prowadzące działalność medyczną, komórki organizacyjne prowadzące obsługę administracyjną oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. Podporządkowanie komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy określa Schemat organizacyjny Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy, który stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu.
3. Nazewnictwo samodzielnych stanowisk pracy określa wykaz etatów kalkulacyjnych, opracowany w oparciu o schemat organizacyjny oraz taryfikator kwalifikacyjny obowiązujący w Szpitalu.

## § 66

Zgodnie ze schematem organizacyjnym, strukturę organizacyjną szpitala tworzą:

- 1) pion Dyrektora szpitala,
- 2) pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

## § 67

1. Pion Dyrektora szpitala tworzą następujące komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy:
  - 1) Główny księgowy;
  - 2) Naczelną pielęgniarka;
  - 3) Dział Gospodarczo – Techniczny;
  - 4) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia;
  - 5) Dział Żywienia;
  - 6) Dział Spraw Pracowniczych;
  - 7) Dział Organizacji, Promocji i Przetwarzania Danych
  - 8) samodzielne stanowiska pracy, tj.:
    - a. asystent Dyrektora;
    - b. stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy;
    - c. stanowisko ds. ochrony przeciwpożarowej;
    - d. stanowisko ds. obronnych;
    - e. pełnomocnik ds. informacji niejawnych;
    - f. administrator bezpieczeństwa informacji;
    - g. pełnomocnik ds. jakości;
    - h. specjalista ds. epidemiologii;
    - i. kapelan szpitalny.
    - j. specjalista ds. informatyki, administrator systemów informatycznych
    - k. radca prawny
2. Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa tworzą następujące komórki organizacyjne:
  - 1) Izba Przyjęć Szpitala;



- 2) Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 1;
- 3) Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 2;
- 4) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu;
- 5) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- 6) Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie;
- 7) Oddział Psychogeriatryczny;
- 8) Gabinet Diagnostyczny EEG;
- 9) Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej (laboratorium);
- 10) Dział Farmacji;**
- 11) Przychodnia Specjalistyczna.
- 12) Dział Statystyki Medycznej, Analiz i Planowania
- 13) Oddział Dzienny Psychiatryczny**
- 14) Oddział Dzienny dla Osób z Autyzmem Dziecięcym**
- 15) Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu**

## § 68

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych szpitala dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym jest:
  - 1) prawidłowa realizacja zadań statutowych;
  - 2) usprawnianie procesów informacyjno – decyzyjnych;
  - 3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się bieżącą współpracę wszystkich komórek, a także odbywanie okresowych spotkań:
  - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z kierownikami oddziałów i kierownikami komórek organizacyjnych działalności podstawowej;
  - 2) naczelną pielęgniarką z pielęgniarkami oddziałowymi;
3. Spotkania mają na celu:
  - 1) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania;
  - 2) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań;
  - 3) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania.
4. Kierownicy oddziałów, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki oddziałowe zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

## § 69

Do zakresu działań **Izby Przyjęć Szpitala** należy w szczególności:

- 1) zbadanie chorego i udzielenie w razie potrzeby pomocy doraźnej;
- 2) ustalenie potrzeby hospitalizacji pacjenta, kwalifikacja do odpowiedniego oddziału szpitalnego oraz ustalenie wstępnego postępowania leczniczego;
- 3) rejestracja przyjętych chorych i rejestracja odmowy przyjęcia oraz prowadzenie rejestru pacjentów oczekujących na hospitalizację;
- 4) udzielenie pacjentowi przyjmowanemu bez jego zgody wyjaśnienia przyczyny przyjęcia do szpitala i poinformowanie go przysługujących mu prawach;
- 5) przyjęcie do depozytu pieniędzy i rzeczy osobistych pacjenta oraz odprowadzenie go do oddziału szpitalnego;
- 6) prowadzenie magazynu odzieży i innych przedmiotów należących do pacjentów,
- 7) wprowadzanie niezbędnych danych o pacjencie do aplikacji rozliczeniowych;
- 8) koordynacja i zamawianie transportu sanitarnego;
- 9) rozliczanie transportu sanitarnego;

- 10) ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi;
- 11) prowadzenie gospodarki lekami według obowiązujących zasad;
- 12) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 13) przestrzeganie praw pacjenta.

#### § 70

Do zakresu działania **oddziałów psychiatrycznych ogólnych, oddziału psychiatrycznego dla chorych somatycznie, oddziału psychogeriatrycznego** należy w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w oddziałach oraz zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami;
- 2) przeprowadzenie obserwacji, badań diagnostycznych, ostateczne ustalenie rozpoznania wg ICD-10, leczenie w określonej specjalności oraz zapewnienie świadczeń leczniczo – rehabilitacyjnych;
- 3) prowadzenie całodobowej pielęgnacji polegającej na:
  - a) rozpoznaniu stanu psychicznego i fizycznego pacjenta;
  - b) zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych i socjalno-bytowych pacjenta;
  - c) oddziaływaniu psychoterapeutycznym i rehabilitacyjnym oraz zapewnieniu bezpieczeństwa, szczególnie pacjentom wymagającym ścisłego nadzoru;
  - d) organizowaniu terapii rozrywką i innymi wspomagającymi formami leczenia;
- 4) prowadzenie zajęć z pacjentami w oparciu o:
  - a) terapię zajęciową;
  - b) terapię ruchem;
  - c) terapię rekreacyjną;
  - d) arteterapię;
  - e) elementy muzykoterapii;
  - f) elementy terapii behawioralnej;
  - g) psychoedukację;
 oraz prowadzenie dokumentacji z tych zajęć;
- 5) prowadzenie gospodarki lekami według obowiązujących zasad;
- 6) prowadzenie indywidualnej i zbiorowej dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 7) bieżące i rzetelne wprowadzanie niezbędnych danych do aplikacji rozliczeniowych;
- 8) ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi;
- 9) współpraca z sądami w przedmiotach objętych zakresem działania oddziału;
- 10) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 11) przestrzeganie praw pacjenta.

#### § 71

Do zakresu działania **Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu** należy w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w oddziale oraz zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami;

- 2) opracowywanie programów terapeutycznych dla pacjentów leczonych z uzależnienia w warunkach szpitalnych i w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia;
- 3) realizacja programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu;
- 4) motywowanie i kwalifikowanie pacjentów uzależnionych od alkoholu do podjęcia leczenia;
- 5) prowadzenie zajęć terapeutycznych indywidualnych i grupowych, mających na celu dążenie do:
  - a) utrzymania abstynencji przez osoby uzależnione od alkoholu;
  - b) uczenia się prowadzenia trzeźwego stylu życia;
  - c) uczenia się rozwiązywania problemów związanych ze stanem chorobowym i sytuacją życiową osoby uzależnionej od alkoholu;
- 6) udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych pacjentom uzależnionym od alkoholu;
- 7) prowadzenie działalności konsultacyjno-edukacyjnej dla członków rodzin osób uzależnionych;
- 8) przygotowanie pacjenta kończącego podstawowy program terapeutyczny do kontynuowania terapii w programie ambulatoryjnym;
- 9) podejmowanie przez zespół leczący oddziału decyzji w zakresie ustalenia daty wypisu pacjenta z oddziału oraz kroków dyscyplinujących w stosunku do pacjentów łamiących regulamin;
- 10) prowadzenie gospodarki lekami według obowiązujących zasad;
- 11) prowadzenie indywidualnej i zbiorowej dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 12) bieżące i rzetelne wprowadzanie niezbędnych danych do aplikacji rozliczeniowych;
- 13) ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi;
- 14) współpraca z sądami w przedmiotach objętych zakresem działania oddziału;
- 15) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 16) przestrzeganie obowiązujących praw pacjenta.

#### § 72

Do zakresu działania **Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych** należy w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w oddziale oraz zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami;
- 2) prowadzenie obserwacji, diagnostyki, ostateczne ustalenie rozpoznania wg ICD – 10 i leczenie pacjentów, a w szczególności osób z alkoholowymi zespołami abstynencyjnymi;
- 3) prowadzenie działań informacyjno – edukacyjnych mających na celu motywowanie do podjęcia terapii uzależnienia;
- 4) prowadzenie indywidualnej i zbiorowej dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 5) bieżące i rzetelne wprowadzanie niezbędnych danych do aplikacji rozliczeniowych,
- 6) ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi;
- 7) współpraca z sądami w przedmiotach objętych zakresem działania oddziału;

- 8) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) prowadzenie gospodarki lekami według obowiązujących zasad;
- 10) przestrzeganie obowiązujących praw pacjenta.

### § 73

Do zakresu działania **Przychodni Specjalistycznej** należy w szczególności:

- 1) diagnostyka pacjentów; obserwacja, ustalenie rozpoznania wg ICD – 10 oraz leczenie zaburzeń stanu psychicznego i towarzyszących im zaburzeń somatycznych, a także współpraca z odpowiednimi specjalistami;
- 2) realizacja programów terapeutycznych, w tym indywidualnych i grupowych z zakresu uzależnienia od alkoholu dla osób uzależnionych i współuzależnionych;
- 3) prowadzenie działań konsultacyjno – edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych;
- 4) zlecenie wykonywania niezbędnych badań specjalistycznych i laboratoryjnych oraz wykonywanie badań psychologicznych;
- 5) w uzasadnionych przypadkach przeprowadzanie wizyt domowych;
- 6) pomoc w przystosowaniu się chorego do środowiska;
- 7) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy i nauki;
- 8) prowadzenie elektronicznej listy oczekujących na przyjęcie;
- 9) prowadzenie indywidualnej i zbiorowej dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 10) prowadzenie archiwum medycznego pacjentów Przychodni;
- 11) bieżące i rzetelne wprowadzanie danych do aplikacji rozliczeniowych;
- 12) ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi;
- 13) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 14) przestrzeganie praw pacjenta.

### § 73a

Do zakresu działania Oddziału Dziennego Psychiatrycznego należy w szczególności:

1. Leczenie pacjentów w trybie dziennym
2. Osiągnięcie poprawy funkcjonowania pacjentów i ich samopoczucia, redukcja objawów i zachowań objawowych, zapobieganie nawrotom choroby, poprawa funkcjonowania społecznego i zaradności życiowej, poprawa samooceny, aktywizacja i pomocy w podjęciu aktywności społecznej i zawodowej.
3. Realizacja programów terapeutycznych
4. Prowadzenie działań konsultacyjno – edukacyjnych dla członków rodzin
5. Pomoc w przystosowaniu się chorego do środowiska
6. Prowadzenie elektronicznej listy oczekujących na przyjęcie
7. Prowadzenie indywidualnej i zbiorowej dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami
8. Prowadzenie archiwum medycznego
9. Bieżące i rzetelne wprowadzanie danych do aplikacji rozliczeniowych
10. Ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi

11. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
12. Przestrzeganie praw pacjenta

## § 73b

Do zakresu działania Oddziału Dziennego dla Osób z Autyzmem Dziecięcym należy w szczególności:

1. Diagnoza kliniczna autyzmu.
2. Diagnoza rozwoju dziecka i jego dysfunkcji.
3. Indywidualny profil terapeutyczny dla każdego pacjenta oparty o diagnozę rozwoju dziecka.
4. Opieka medyczna - niezbędne badania, porady medyczne.
5. Indywidualna terapia psychologiczna.
6. Terapia integracyjna grupowa.
7. Psychoedukacja rodziny i pacjenta.
8. Rozwój sfery poznawczej.
9. Stymulowanie dziecka do nawiązywania kontaktów społecznych.
10. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych (mowa ciała, naśladownictwo).
11. Wrażenia zmysłowe, umiejętność czytania i pisanie, w tym trening umiejętności nawiązywania kontaktów społecznych.
12. Trening wyrażania potrzeb i emocji.
13. Prowadzenie archiwum medycznego.
14. Bieżące i rzetelne wprowadzanie danych do aplikacji rozliczeniowych.
15. Ścisła współpraca w procesie diagnostyki, terapii i rozliczeń z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi i sądami rodzinnymi.
16. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
17. Przestrzeganie praw pacjenta.

## § 73c

Do zakresu działania Oddziału Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu należy w szczególności:

1. Informacja wstępna, motywowanie do terapii i rozpoznanie problemów życiowych pacjenta w związku z piciem/graniem/ hazardowym.
2. Wstępne rozpoznanie głębokości uzależnienia.
3. Realizacja programu terapii uzależnienia obejmując m.in.:
  - a) Zawarcie kontraktu terapeutycznego;
  - b) Diagnoza problemowa i opracowanie Osobistego Planu Terapii;
  - c) Rozpoznanie własnego uzależnienia, praca nad identyfikacją i tożsamością osoby uzależnionej;
  - d) Praca nad głodem alkoholowym;
  - e) Praca nad rozpoznawaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia;
  - f) Trenowanie umiejętności służących trzeźwieniu;
  - g) Praca nad zapobieganiem nawrotom choroby;
  - h) Przygotowanie programu dalszego leczenia;
  - i) Budowanie sieci wsparcia i korzystanie z AA/AH/AN.

## § 74

Do zakresu działania **Gabinetu Diagnostycznego EEG** należy w szczególności:

- 1) wykonywanie badań EEG zleconych przez lekarzy szpitala;
- 2) prowadzenie obowiązującej dokumentacji i sprawozdawczości związanej z wykonywanymi badaniami;
- 3) bieżące i rzetelne wprowadzanie danych do aplikacji rozliczeniowej;
- 4) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;
- 5) przestrzeganie praw pacjenta.

## § 75

Do zakresu działania **Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej (laboratorium)** należy w szczególności:

- 1) wykonywanie ustalonych badań z zakresu analityki medycznej;
- 2) przyjmowanie z oddziałów szpitalnych, Przychodni Specjalistycznej szpitala oraz z Izby Przyjęć Szpitala materiałów do badań laboratoryjnych zleconych podwykonawcy;
- 3) opisywanie i wydawanie wyników badań;
- 4) prowadzenie obowiązującej dokumentacji i sprawozdawczości związanej z wykonywanymi badaniami;
- 5) bieżące i rzetelne wprowadzanie danych do aplikacji rozliczeniowej;
- 6) przygotowywanie materiałów niezbędnych do udzielenia zamówień publicznych w zakresie działania Pracowni;
- 7) ścisła współpraca w procesie diagnostyki i terapii z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, szczególnie z oddziałami szpitalnymi i Przychodnią Specjalistyczną;
- 8) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki pacjentów.

## § 76

Do zakresu działania **Działu Farmacji** należy w szczególności:

- 1) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 2) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych wewnętrznym komórkom organizacyjnym szpitala;
- 3) nadzór nad gospodarką produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziałach szpitalnych i Przychodni Specjalistycznej, w tym kontrola apteczek oddziałowych;
- 4) udzielanie pracownikom medycznym szpitala informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
- 5) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
- 6) prowadzenie wymaganej dokumentacji;
- 7) zaopatrywanie poszczególnych komórek organizacyjnych w tlen i gazy techniczne;
- 8) prowadzenie ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym otrzymywanych w formie darowizny;
- 9) przygotowywanie dokumentacji do udzielenia zamówień publicznych na produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 10) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;
- 11) prowadzenie elektronicznego modułu „apteka” w aplikacji AMMS.

## § 77

Do zakresu działań, **Działu Organizacji, Promocji, i Przetwarzania Danych** należy:

- 1) opracowywanie strategii szpitala,

- 2) współpraca z mediami poprzez realizację wspólnych przedsięwzięć promujących szpital (rzecznik prasowy),
- 3) przygotowanie głównych priorytetów i koncepcji promocji szpitala
- 4) współpraca z innymi podmiotami w zakresie promocji szpitala,
- 5) organizacja i realizacja kontroli zarządczej w Szpitalu,
- 6) opracowanie planów i wniosków oraz realizacja projektów związanych z wykorzystaniem funduszy unijnych,
- 7) nadzór nad wprowadzeniem, utrzymaniem i doskonaleniem systemów zarządzania jakością,
- 8) współpraca z zespołami: ds. jakości, ds. analizy zdarzeń niepożądanych,
- 9) organizacja szkoleń ogólnozakładowych dla poszczególnych grup zawodowych szpitala,
- 10) organizacja konferencji, spotkań okolicznościowych i innych,
- 11) propagowanie profilaktyki zdrowotnej i działań przeciw uzależnieniom poprzez edukację w placówkach oświatowych,
- 12) zamieszczanie, uzgodnionych z Dyrektorem szpitala, informacji w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Szpitala,
- 13) przedstawianie Dyrektorowi Szpitala corocznego planu z realizacji zamierzeń oraz ich wykonania,
- 14) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, a także z innymi placówkami i instytucjami dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania szpitala w zakresie jego promocji i rozwoju,
- 15) stała współpraca z Dyrektorem Szpitala i innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie spraw związanych z realizacją zadań działu.

## 77a

Do zakresu działań, **Działu Statystyki Medycznej, Analiz i planowania** należy:

- 1) uczestniczenie w negocjacjach dotyczących zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 2) przygotowywanie materiałów i projektów umów dotyczących konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) sprawdzanie pod względem zgodności z umową rachunków i faktur za wykonane świadczenia zdrowotne przez podwykonawców oraz przekazywanie ich do Działu Finansowo – Księgowego;
- 4) monitorowanie realizacji umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 5) bieżące dokonywanie wpisów do rejestrów podmiotów leczniczych, KRS itp.,
- 6) organizowanie i obsługa organizacyjno – techniczna posiedzeń Rady Społecznej Szpitala;
- 7) bieżące rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz wystawianie faktur za zrealizowane usługi medyczne;
- 8) prowadzenie korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia związanej z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych i ich renowacjami;
- 9) przygotowywanie miesięcznych i kwartalnych sprawozdań do Narodowego Funduszu Zdrowia i Urzędu Marszałkowskiego;
- 10) stała współpraca z oddziałami szpitalnymi i poradniami w zakresie prawidłowej ewidencji świadczeń w aplikacjach rozliczeniowych;
- 11) prowadzenie dokumentacji związanej z pobytem chorych w szpitalu, a w szczególności
  - a) prowadzenie księgi głównej chorych i innych ksiąg pomocniczych;
  - b) prowadzenie kart ewidencyjnych pacjentów szpitala;
  - c) rejestrowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez poszczególne oddziały szpitalne;

- d) uzgadnianie z oddziałami szpitalnymi zapotrzebowań zbiorczych na żywienie pacjentów i przekazywanie ich do Działu Żywienia;
  - e) prowadzenie rejestru przyjętych, wypisanych i zmarłych pacjentów;
  - f) ustalanie w wątpliwych przypadkach tożsamości pacjentów przyjętych do szpitala,
  - g) sporządzanie codziennego raportu z obłożenia łóżkowego w poszczególnych oddziałach szpitalnych;
  - h) prowadzenie książki meldunkowej;
- 12) prowadzenie korespondencji dotyczącej pobytu chorego w szpitalu;
  - 13) współpraca z sądami w sprawach pacjentów przyjętych bez zgody i prowadzenie związanej z tym dokumentacji;
  - 14) bieżące prowadzenie meldunków i zestawień statystycznych z pracy przychodni i oddziałów szpitalnych;
  - 15) sporządzanie bieżącej sprawozdawczości z zakresu ruchu chorych;
  - 16) sporządzanie rocznej i okresowej sprawozdawczości, analiz i zestawień z działalności leczniczej;
  - 17) prowadzenie elektronicznego modułu „statystyka” w aplikacji rozliczeniowej;
  - 18) sporządzanie kart statystyczno - psychiatrycznych i przekazywanie ich do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
  - 19) przyjmowanie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych do archiwum medycznego;
  - 20) przechowywanie w prowadzonym archiwum medycznym przyjętej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie jej ewidencji;
  - 21) udostępnianie archiwalnej dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami ze szczególnym uwzględnieniem obowiązującej w tym zakresie Instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego – część B Archiwum Medyczne;
  - 22) wystawianie faktur za odpłatne udostępnianie dokumentacji medycznej;
  - 23) dbałość o bezpieczeństwo informacji zawartych w dokumentacji medycznej, objętych tajemnicą lekarską;
  - 24) prowadzenie skarg i wniosków pacjentów oraz innych interesantów szpitala; sporządzanie informacji i sprawozdań w tym zakresie;
  - 25) pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych pacjentów, wynikających:
    - a) z ubóstwa;
    - b) z bezdomności;
    - c) z bezradności w sprawach załatwienia istotnych problemów socjalno- bytowych, które wymagają natychmiastowego działania - w zakresie niezbędnym w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach w stosunku do pacjentów objętych leczeniem ambulatoryjnym;
  - 26) bezpośrednia i stała współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, oddziałami szpitalnymi i innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie spraw związanych z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz z obiegiem informacji i statystyki medycznej, a także dokumentacji medycznej;
  - 27) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a także z innymi podmiotami leczniczymi oraz z innymi placówkami i instytucjami dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.”

## § 78

Do zakresu działania **Działu Gospodarczo – Technicznego** należy w szczególności:

- 1) administrowanie obiektami szpitala poprzez:



- 1) utrzymywanie budynków, obiektów, urządzeń, wyposażenia szpitala w stanie odpowiadającym aktualnym przepisom techniczno – użytkowym, BHP i przeciwpożarowym;
- 2) wykonywanie własnymi siłami, bądź poprzez zlecenie na zewnątrz, remontów, przeglądów technicznych, napraw i konserwacji wyposażenia technicznego i urządzeń szpitala;
- 3) ustalanie potrzeb w zakresie remontów bieżących i kapitalnych oraz organizacja przygotowania inwestycji i remontów;
- 4) udział w opracowaniu rocznych planów inwestycji i remontów kapitalnych w zakresie infrastruktury technicznej;
- 5) realizacja planu finansowego szpitala w zakresie inwestycji i remontów oraz przygotowywanie wniosków o ich zmianę;
- 6) uzyskiwanie decyzji i pozwoleń na budowę oraz kompletowanie dokumentacji projektowej;
- 7) koordynacja i nadzór nad realizacją inwestycji budowlanych i remontów,
- 8) przygotowanie i koordynacja czynności związanych z przyjęciem dokumentacji projektowej do realizacji;
- 9) organizowanie i zapewnienie nadzoru inwestorskiego nad realizowanymi zadaniami;
- 10) nadzorowanie i odbiór robót budowlanych zleconych do realizacji wykonawcom zewnętrznym;
- 11) sprawowanie kontroli jakości wykonania i kosztów realizowanych inwestycji i remontów oraz zgodności z założeniami technicznymi określonymi w zatwierdzonej dokumentacji projektowej oraz wymaganiami prawa budowlanego;
- 12) rozliczanie nakładów inwestycyjnych i remontowych;
- 13) udział w okresowych przeglądach stanów technicznych obiektów szpitala;
- 14) przygotowywanie dokumentów związanych z najmem lokali i odsprzedażą mediów;
- 15) sporządzanie kalkulacji kosztów mediów na podstawie danych własnych i przekazanych z Działu Finansowo-Księgowego;
- 16) fakturowanie należności z tytułu czynszów i odsprzedaży mediów;
- 17) organizowanie:
  - a) prania bielizny szpitalnej;
  - b) transportu wewnętrznego posiłków, artykułów medycznych i gospodarczych oraz odpadów;
  - c) niezbędnych usług transportowo-dostawczych;
  - d) awaryjnego źródła energii elektrycznej;
- 18) zapewnienie sprawnej łączności telefonicznej, eksploatacja centrali telefonicznej oraz współpraca z przedsiębiorstwami telekomunikacyjnymi;
- 19) rozliczanie rozmów telefonicznych;
- 20) zapewnienie sprawnego, bezawaryjnego działania urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych, ciepłowniczych, chłodniczych, klimatyzacji i wentylacji;
- 21) prowadzenie:
  - a) kotłowni szpitalnej;
  - b) hydroforni i stacji uzdatniania wody;
  - c) oczyszczalni ścieków;
- 22) realizacja zadań związanych z ochroną środowiska i gospodarką odpadami;
- 23) współdziałanie z Działem Finansowo-Księgowym w naliczaniu podatków od nieruchomości;
- 24) nadzór nad pracą urządzeń technicznych znajdujących się na wyposażeniu komórek organizacyjnych szpitala;

- 25) dozór i ochrona obiektów szpitalnych;
- 26) podejmowanie działań zapewniających właściwy stan higieniczno-sanitarny obiektów szpitala i dbanie o ich estetykę;
- 27) zaopatrzenie w sprzęt administracyjny i gospodarczy komórek organizacyjnych szpitala;
- 28) prowadzenie rejestru napraw, przeglądów oraz legalizacji aparatury medycznej;
- 29) zamawianie pieczętek i tablic ogłoszeniowych;
- 30) przydzielanie środków czystościowych i dezynfekcyjnych oraz sprzętu do wykonywania prac sprzątających;
- 31) przygotowywanie materiałów na posiedzenie Rady Społecznej z zakresu wynikającego z zadań komórki organizacyjnej;
- 32) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem administracyjno-technicznym.
- 33) Prowadzenie archiwum zakładowego, w tym:
  - a) przechowywanie i zabezpieczanie dokumentacji;
  - b) prowadzenie ewidencji posiadanej dokumentacji,
  - c) udostępnianie przechowywanej dokumentacji,
  - d) brakowanie dokumentacji niearchiwalnej,
  - e) przekazywanie materiałów archiwalnych do archiwum państwowego,
  - f) aktualizowanie instrukcji o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz inicjowanie stosownych zmian w instrukcji kancelaryjnej

#### § 79

Do zakresu działania **Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia** należy w szczególności:

- 1) opracowywanie rocznych planów zamówień publicznych na podstawie zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych;
- 2) koordynowanie udzielania zamówień publicznych przez komórki organizacyjne szpitala;
- 3) sporządzanie sprawozdań z realizacji planu zamówień publicznych;
- 4) zamieszczanie w Biuletynu Zamówień Publicznych lub przekazywanie do Urzędu Publikacji Unii Europejskiej wstępnych informacji o planowanych zamówieniach, a także zamieszczanie ich na własnej stronie internetowej;
- 5) przyjmowanie i rejestrowanie wniosków o wszczęcie zamówienia publicznego;
- 6) ocena poprawności propozycji opisu spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz opisu kryteriów oceny ofert w zakresie zgodności z przepisami ustawy PZP;
- 7) ustalanie wartości zamówienia;
- 8) przedstawianie Dyrektorowi szpitala propozycji wyboru odpowiednich trybów postępowania o zamówienie publiczne;
- 9) przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami (SIWZ);
- 10) redagowanie i zamieszczanie ogłoszeń o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych lub przekazywanie ich do Urzędu Publikacji Unii Europejskiej;
- 11) zamieszczanie ogłoszeń o zamówieniu i SIWZ na stronach internetowych szpitala i na tablicy ogłoszeń;
- 12) udostępnianie specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w tym na stronie internetowej począwszy od dnia zamieszczenia ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych albo publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej aż do upływu terminu składania ofert;
- 13) sporządzanie pisemnych wyjaśnień treści SIWZ;

- 14) zamieszczanie zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych lub jej przekazanie Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej;
- 15) zamieszczanie informacji o zmianach treści ogłoszenia na stronach internetowych i na tablicy ogłoszeń, a także przekazywanie zainteresowanym zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu;
- 16) opracowywanie zmian treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia i przekazywanie ich wykonawcom, którym przekazano SIWZ, a jeżeli specyfikacja jest udostępniana na stronie internetowej, zamieszczanie ich także na tej stronie;
- 17) w miarę potrzeby, przeprowadzanie przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia, dialogu technicznego, zwracając się o doradztwo lub udzielenie informacji w zakresie niezbędnym do przygotowania opisu przedmiotu zamówienia, specyfikacji istotnych warunków zamówienia lub określenia warunków umowy;
- 18) zamieszczanie na stronie internetowej informacji o zamiarze przeprowadzenia dialogu technicznego oraz o jego przedmiocie;
- 19) zamieszczanie informacji o zastosowaniu dialogu technicznego w ogłoszeniu o zamówieniu, którego dotyczył dialog techniczny;
- 20) przygotowywanie niezbędnych dokumentów związanych z udzieleniem zamówienia publicznego przy stosowaniu innych trybów postępowania niż przetarg ograniczony lub nieograniczony;
- 21) w przypadku stosowania trybu zamówienia z wolnej ręki przygotowywanie zaproszenia do negocjacji oraz uzasadnianie wyboru wykonawcy;
- 22) przedstawianie Dyrektorowi do zatwierdzenia czynności związanych z przygotowaniem postępowania;
- 23) wypełnianie obowiązków informacyjnych zamawiającego po wyborze oferty oraz publikacja informacji stosownie do wymagań art. 92 ustawy PZP;
- 24) przygotowywanie dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy o zamówienie publiczne;
- 25) zamieszczanie, niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego, ogłoszeń o udzieleniu zamówienia w Biuletynie Zamówień Publicznych albo przekazywanie ogłoszenia o udzieleniu zamówienia Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej, stosownie do wartości zamówienia;
- 26) analiza spełnienia przez wykonawców i dostawców warunków zawartych w umowach i niezwłoczne informowanie Dyrektora szpitala o istniejących nieprawidłowościach;
- 27) prowadzenie postępowań konkursowych na świadczenia zdrowotne;
- 28) zaopatrywanie poszczególnych komórek organizacyjnych w:
  - a) sprzęt i aparaturę medyczną oraz odczynniki chemiczne;
  - b) środki czystości oraz artykuły gospodarcze, środki chemiczne i dezynfekcyjne;
  - c) odzież ochronną, roboczą, materiały biurowe i druki;
  - d) materiały techniczne, budowlane i inne;
- 29) prowadzenie dokumentacji eksploatacji samochodu służbowego;
- 30) prowadzenie prawidłowej gospodarki magazynowej, sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad pracą magazynu w zakresie prawidłowej gospodarki zapasami oraz zabezpieczeniem towarów;
- 31) (skreślony)
- 32) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;

## § 80

Do zakresu zadań **Działu Żywnienia** należy w szczególności:

- 1) planowanie i ustalanie potrzeb na artykuły żywnościowe;
- 2) dokonywanie zakupów środków żywnościowych w sposób określony przepisami i warunkami umów;

- 3) kontrola ilości i jakości produktów dostarczanych do magazynu żywnościowego szpitala;
- 4) kontrola zgodności cen dostarczanych do szpitala produktów spożywczych pod kątem ich zgodności z zawartymi umowami;
- 5) prowadzenie magazynu żywnościowego ogólnego oraz kuchennego magazynu dobowego;
- 6) przechowywanie środków spożywczych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 7) opracowanie jadłospisów dostosowanych do warunków finansowanych i zleconych diet;
- 8) sporządzanie posiłków zgodnie z przyjętą kalkulacją kosztów i kalorii żywienia;
- 9) przestrzeganie aktualnych przepisów w zakresie higieny żywienia;
- 10) wydawanie posiłków w ustalonych godzinach;
- 11) kontrola sposobu i ilości wydawania posiłków w oddziałach szpitalnych;
- 12) utrzymywanie właściwych warunków i procedur sanitarno-higienicznych w pomieszczeniach kuchni i w jej otoczeniu;
- 13) przygotowywanie dokumentacji i materiałów niezbędnych do udzielenia zamówień publicznych w zakresie działania komórki;
- 14) prowadzenie wymaganej przepisami dokumentacji.
- 15) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;

#### § 81

Do zakresu działania **Działu Finansowo – Księgowego** należy w szczególności:

- 1) prowadzenie rachunkowości szpitala, zgodnie z zasadami rachunkowości, określonymi stosownymi przepisami;
- 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
- 3) dokonywanie wstępnej kontroli:
  - a) zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
  - b) kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
- 4) przygotowywanie rocznego planu finansowego szpitala oraz sprawozdania z jego realizacji;
- 5) opracowywanie sprawozdań finansowych oraz sprawozdań z działalności finansowej zgodnie z wymaganiami ustawy o rachunkowości;
- 6) czuwanie aby wydatki szpitala były ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym szpitala;
- 7) przestrzeganie aby wydatki szpitala były dokonywane:
  - a) w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad:
    - uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów;
    - optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów;
  - b) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań;
  - c) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań;
- 8) czuwanie aby umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, były zamawiane na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej;
- 9) przestrzeganie aby zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów szpitala, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich;
- 10) dokonywanie lokat wolnych środków, z wyjątkiem środków pochodzących z dotacji z budżetu;

- 11) terminowe prowadzenie rozliczeń pieniężnych i ochrona wartości pieniężnych;
- 12) terminowe ściąganie należności i dochodzenie roszczeń spornych;
- 13) prowadzenie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej;
- 14) obsługa kasowa oraz prowadzenie ewidencji sum depozytowych pacjentów;
- 15) wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego szpitala;
- 16) okresowe ustalanie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów szpitala;
- 17) poddawanie badaniu sprawozdań finansowych;
- 18) ocena kondycji finansowej szpitala poprzez dokonywanie analiz:
  - a) wskaźnikowych;
  - b) sprawności działania;
  - c) prognozy rentowności;
  - d) badania płynności finansowej szpitala;
- 19) ocena opłacalności przedsięwzięć rozwojowych;
- 20) dokonywanie terminowych rozliczeń podatkowych, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, składek na PFRON oraz innych ubezpieczeń i składek, a także sporządzanie deklaracji z tym związanych;
- 21) tworzenie baz danych w zakresie wynagrodzeń oraz przygotowywanie danych do elektronicznego programu „FK”;
- 22) terminowe sporządzanie list płac i elektroniczne przekazywanie danych do centralnej bazy ZUS;
- 23) naliczanie zasiłków chorobowych, macierzyńskich, rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych;
- 24) terminowa wypłata wynagrodzeń i zasiłków;
- 25) ustalanie kapitału początkowego pracownikom szpitala;
- 26) sporządzanie dokumentacji RP 7 do wniosków emerytalnych i rentowych;
- 27) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia;
- 28) zgodnie z obowiązującymi przepisami naliczanie odpisu na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych;
- 29) prowadzenie obowiązkowych i dowolnych ubezpieczeń szpitala;
- 30) terminowe i zgodnie z przepisami rozliczanie otrzymanych dotacji;
- 31) przygotowywanie dokumentów i wniosków z zakresu zadań komórki na posiedzenia Rady Społecznej;
- 32) współpraca z bankami, zakładem ubezpieczeń społecznych, urzędem skarbowym, instytucjami ubezpieczeniowymi itp. instytucjami;
- 33) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, a w szczególności w zakresie dyscypliny finansowej i gospodarki materiałowej;
- 34) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora szpitala oraz ich aktualizowanie, a w szczególności:
  - a) regulaminu wynagradzania i regulaminu premiowania;
  - b) zakładowego planu kont;
  - c) instrukcji obiegu dokumentów (dowodów księgowych);
  - d) zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji;
  - e) zasad funkcjonowania kontroli zarządczej.

## § 82

Do zakresu działania **Działu Spraw Pracowniczych** należy w szczególności:

- 1) przygotowywanie projektów dokumentów dotyczących przyjmowania, zwalniania, przenoszenia pracowników na inne stanowiska oraz karania i awansowania pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami;

- 2) opracowywanie projektów zakresów czynności dla pracowników zajmujących stanowiska kierownicze lub samodzielne stanowiska pracy podległe bezpośrednio Dyrektorowi szpitala;
- 3) prowadzenie akt osobowych pracowników;
- 4) prowadzenie dokumentacji dotyczącej ewidencji czasu w pracy pracowników;
- 5) prowadzenie spraw związanych z doształcaniem i doskonaleniem kadr;
- 6) nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy;
- 7) przygotowywanie materiałów do przeprowadzania konkursów na obsadzenie stanowiska;
  - a) naczelnej pielęgniarki;
  - b) pielęgniarki oddziałowej;
- 8) sporządzanie wymaganych przepisami sprawozdań i informacji z zakresu spraw osobowych;
- 9) współdziałanie z organami właściwymi ds. zatrudnienia i ubezpieczeń społecznych;
- 10) prowadzenie spraw związanych z udzielaniem usług i świadczeń określonych w regulaminie zakładowego funduszu świadczeń socjalnych;
- 11) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników oraz przygotowywanie wniosków emerytalno – rentowych;
- 12) opracowywanie projektów oraz czuwanie nad aktualizacją wewnętrznych aktów prawnych w zakresie dotyczącym działania komórki organizacyjnej, a w szczególności regulaminu pracy oraz regulaminu zakładowego funduszu świadczeń socjalnych;
- 13) współpraca z działem Finansowo – Księgowym w zakresie zatrudniania pracowników i wykorzystania funduszu płac (tj. przekazywanie dokumentów stanowiących podstawę do naliczania wynagrodzeń, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, gratyfikacji jubileuszowych, itp.);
- 14) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;
- 15) przygotowywanie materiałów na posiedzenie Rady Społecznej w zakresie wynikającym z zadań komórki organizacyjnej.

### § 83

Do zakresu działania **pełnomocnika ds. informacji niejawnych** należy w szczególności:

- 1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego;
- 2) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne;
- 3) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka;
- 4) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;
- 5) opracowywanie i aktualizowanie, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji oraz przedkładanie planu i jego aktualizacji do akceptacji Dyrektora szpitala;
- 6) prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych; prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających;
- 7) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w szpitalu albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto;
- 8) przekazywanie do ewidencji prowadzonej przez ABW, określonych ustawą danych osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym

- odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa;
- 9) zawiadamianie Dyrektora szpitala o przypadkach stwierdzenia naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych i podejmowanie niezwłocznie działania zmierzającego do wyjaśnienia okoliczności tego naruszenia oraz ograniczenia jego negatywnych skutków;
  - 10) wystawianie poświadczeń bezpieczeństwa i ich ewidencjonowanie;
  - 11) współpraca z właściwymi służbami ABW.
  - 12) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;

#### § 84

Do zakresu działania pracownika na **stanowisku ds. obronnych** należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i aktualizowanie planów:
  - przygotowań Szpitala na potrzeby obronne państwa;
  - wydzielenia łóżek dla służb mundurowych w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny,
  - planu zarządzania kryzysowego,
  - planu obrony obiektu szpitala,
- 2) prowadzenie analizy realizacji zadań obronnych oraz przedstawienie wniosków Dyrektorowi Szpitala w sprawach obronnych,
- 3) opracowanie (cyklicznie w każdym roku kalendarzowym) planu zamierzeń obronnych i planu szkolenia obronnego
- 4) przygotowanie i prowadzenie niezbędnej dokumentacji w zakresie obronności ZK i OC,
- 5) organizowanie szkoleń pracowników Szpitala związanych z nałożonym obowiązkiem obronności,
- 6) prowadzenie na bieżąco szkolenia personelu medycznego do działań w sytuacjach kryzysowych;
- 7) kontrola i aktualizacja świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz szpitala,
- 8) prowadzenie postępowania reklamacyjnego pracowników szpitala od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
- 9) czuwanie nad zaopatrzeniem szpitala w niezbędny sprzęt do wczesnego ostrzegania oraz w sprzęt i środki ochrony indywidualnej służące do ochrony przed skażeniem
- 10) prowadzenie magazynu sprzętu OC
- 11) współpraca z Szefem Obrony Cywilnej Gminy Żurawica, Policją, Wojskową Komendą Uzupelnień w Jarosławiu, Wojewódzkim Sztabem Wojskowym w Rzeszowie oraz Urzędem Marszałkowskim i Wydziałem Zarządzania Kryzysowego PUW – Rzeszów – w sprawach obronnych,
12. ścisła współpraca z inspektorem p. poż. Przy opracowaniu planu ewakuacji oraz innymi komórkami organizacyjnymi szpitala.

#### § 85

Do zakresu działania pracownika na **stanowisku ds. bezpieczeństwa i higieny pracy** należy w szczególności:

- 1) czuwanie nad przestrzeganiem w szpitalu przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, wydawanie poleceń usunięcia uchybień w tym zakresie oraz kontrolowanie wykonania tych poleceń;
- 2) czuwanie nad tym, aby obiekty budowlane szpitala i znajdujące się w nich pomieszczenia pracy, a także tereny i urządzenia z nimi związane zapewniały bezpieczne i higieniczne warunki pracy;
- 3) ustalanie stopnia szkodliwości materiałów i procesów technologicznych dla zdrowia pracowników i podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych;

- 4) czuwanie nad tym, aby prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość wystąpienia szczególnego zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego, w celu zapewnienia asekuracji, były wykonywane przez co najmniej dwie osoby;
- 5) przygotowywanie, po konsultacjach z działającymi przy szpitalu związkami zawodowymi i społecznym inspektorem pracy, wykazu prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość wystąpienia szczególnego zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego;
- 6) dokonywanie oceny ryzyka zawodowego poszczególnych pracowników i dokumentowanie tej oceny;
- 7) zapewnianie wykonania nakazów, wystąpień, decyzji i zarządzeń wydawanych przez organy nadzoru nad warunkami pracy;
- 8) zapewnianie wykonania zaleceń społecznego inspektora pracy;
- 9) przekazywanie pracownikom informacji o:
  - a) zagrożeniach dla zdrowia i życia występujących w zakładzie pracy, na poszczególnych stanowiskach pracy i przy wykonywanych pracach, w tym o zasadach postępowania w przypadku awarii i innych sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu pracowników;
  - b) działaniach ochronnych i zapobiegawczych podjętych w celu wyeliminowania lub ograniczenia zagrożeń, o których mowa pod lit. a);
  - c) pracownikach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy i wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników.
- 10) informowanie pracowników obcych o działaniach w zakresie zapobiegania zagrożeniom zawodowym występującym podczas wykonywanych przez nich prac na terenie szpitala i przekazywanie im informacji, o których mowa w pkt 5;
- 11) czuwanie nad zapewnieniem niezbędnych środków do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i ewentualnej ewakuacji pracowników z terenu zagrożonego;
- 12) wyznaczanie, w uzgodnieniu z Dyrektorem szpitala, pracowników do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i do ratownictwa medycznego oraz czuwanie nad odpowiednim przeszkoleniem tych osób;
- 13) niezwłoczne informowanie Dyrektora szpitala o wszystkich przypadkach zagrożenia;
- 14) w przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia:
  - a) niezwłoczne informowanie pracowników o tych zagrożeniach oraz podejmowanie działań w celu zapewnienia im odpowiedniej ochrony;
  - b) niezwłoczne dostarczanie pracownikom instrukcje umożliwiających, w przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia, przerwanie pracy i oddalenie się z miejsca zagrożenia w miejsce bezpieczne;
- 15) czuwanie, aby używane w szpitalu substancje chemiczne i ich mieszaniny:
  - a) były oznakowane w sposób widoczny, umożliwiający ich identyfikację;
  - b) odnotowane były w aktualnym spisie tych substancji i mieszanin, posiadały karty charakterystyki, a także opakowania zabezpieczające przed ich szkodliwym działaniem, pożarem lub wybuchem;
  - c) używane były w sposób zapewniający pracownikom ochronę ich zdrowia i życia;
- 16) podejmowanie działań zmierzających do zastąpienia substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi mniej szkodliwymi dla zdrowia lub innymi dostępnymi środkami ograniczającymi stopień tego narażenia, przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki;
- 17) prowadzenie rejestru wszystkich rodzajów prac w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz prowadzi rejestr pracowników zatrudnionych przy tych pracach;



- 18) stosowanie wszelkich dostępnych środków eliminujących narażenie pracownika zatrudnionego w warunkach narażenia na działanie szkodliwych czynników biologicznych, a jeżeli jest to niemożliwe - ograniczających stopień tego narażenia, przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki;
- 19) prowadzenie rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych oraz rejestru pracowników zatrudnionych przy takich pracach;
- 20) podejmowanie działań ochronnych w przypadku narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące, pochodzące ze źródeł sztucznych i naturalnych oraz czuwanie nad tym, aby dawka promieniowania jonizującego pochodzącego ze źródeł naturalnych, otrzymywana przez pracownika przy pracy w warunkach narażenia na to promieniowanie, nie przekraczała dawek granicznych, określonych w odrębnych przepisach dla sztucznych źródeł promieniowania jonizującego;
- 21) czuwanie nad utrzymywaniem w stanie stałej sprawności urządzeń ograniczających lub eliminujących szkodliwe dla zdrowia czynniki środowiska pracy oraz urządzeń służących do pomiarów tych czynników;
- 22) inicjowanie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, rejestrowanie i przechowywanie wyników tych badań i pomiarów oraz udostępnianie ich pracownikom;
- 23) podejmowanie działań zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym;
- 24) czuwanie nad terminowością okresowych i kontrolnych badań lekarskich pracowników oraz nad realizacją wskazań lekarskich dotyczących pracy na określonym stanowisku;
- 25) czynne uczestniczenie w pracach zespołu powypadkowego;
- 26) przechowywanie protokołów powypadkowych oraz innych dokumentów związanych z pracą zespołu powypadkowego;
- 27) sporządzanie statystycznych kart wypadku i po zatwierdzeniu przez Dyrektora szpitala przekazywanie ich w formie elektronicznej na portal sprawozdawczy Głównego Urzędu Statystycznego;
- 28) prowadzenie rejestru wypadków przy pracy;
- 29) przygotowywanie zawiadomień właściwego okręgowego inspektora pracy i prokuratora o każdym śmiertelnym, ciężkim lub zbiorowym wypadku przy pracy oraz o każdym innym wypadku, który wywołał wymienione skutki;
- 30) przeprowadzanie systematycznych analiz przyczyn wypadków przy pracy, chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami środowiska pracy i na podstawie wyników tych analiz wnioskowanie o zastosowanie właściwych środków zapobiegawczych;
- 31) przygotowywanie zawiadomień właściwego państwowego inspektora sanitarnego i właściwego okręgowego inspektora pracy o każdym przypadku podejrzenia choroby zawodowej;
- 32) ustalanie, w porozumieniu z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym, przyczyny powstania choroby zawodowej oraz charakteru i rozmiaru zagrożenia tą chorobą;
- 33) inicjowanie usunięcia czynników powodujących powstanie choroby zawodowej i wskazywanie konieczności zastosowania innych niezbędnych środków zapobiegawczych;
- 34) prowadzenie rejestru obejmującego przypadki stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby;
- 35) kompletowanie dokumentacji niezbędnej do ustalenia uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego, spowodowanego wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową i przekazywanie, po zatwierdzeniu przez Dyrektora szpitala, wniosków wraz ze skompletowaną dokumentacją do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, celem

- skierowania poszkodowanego na badania określające uszczerbek na zdrowiu przez lekarza orzecznika ZUS;
- 36) ustalanie okoliczności i przyczyn wypadku w drodze do pracy lub z pracy i sporządzanie kart wypadku w drodze do pracy lub z pracy wg ustalonego wzoru;
  - 37) kontrolowanie stanu urządzeń higieniczno - sanitarnych oraz zaopatrzenia w niezbędne środki higieny;
  - 38) szkolenie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przed dopuszczeniem do pracy oraz prowadzenie okresowych szkoleń w tym zakresie;
  - 39) systematyczne zaznajamianie pracowników z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych przez nich prac;
  - 40) opracowywanie projektów szczegółowych instrukcji i wskazówek dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach pracy;
  - 41) uzyskiwanie od pracowników potwierdzenia na piśmie zapoznania się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 42) ustalanie rodzajów środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, których stosowanie na określonych stanowiskach jest niezbędne oraz przewidywanych okresów użytkowania odzieży i obuwia roboczego;
  - 43) opracowywanie projektów zakładowej tabeli norm przydziału środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego;
  - 44) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;
  - 45) ustalanie stanowisk, na których dopuszcza się używanie przez pracowników, za ich zgodą, własnej odzieży i obuwia roboczego, spełniających wymagania bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wnioskowanie wysokości ekwiwalentu pieniężnego w wysokości uwzględniającej ich aktualne ceny;
  - 46) konsultowanie ze społecznym inspektorem pracy wszystkich działań związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy, w szczególności dotyczących:
    - a) zmian w organizacji pracy i wyposażeniu stanowisk pracy;
    - b) wprowadzania substancji chemicznych i ich mieszanin, jeżeli mogą one stwarzać zagrożenie dla zdrowia lub życia pracowników;
    - c) oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowania pracowników o tym ryzyku;
    - d) wyznaczania pracowników do udzielania pierwszej pomocy;
    - e) przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego;
    - f) szkolenia pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
  - 46) wykonywanie innych zadań określonych dla zajmowanego stanowiska w obowiązujących powszechnie aktach normatywnych oraz zarządzeniach Dyrektora, instrukcjach i regulaminach szpitala;

#### § 86

Do zakresu działania pracownika na **stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej** należy w szczególności:

- 1) opracowywanie projektu i aktualizowanie instrukcji ppoż. i planu ewakuacji;
- 2) przestrzeganie przeciwpożarowych wymagań techniczno-budowlanych, instalacyjnych i technologicznych, wyposażenia obiektów szpitalnych i otaczającego ich terenu w urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu MSWiA;
- 3) czuwanie nad konserwacją i naprawą sprzętu i urządzeń przeciwpożarowych oraz gaśnic w sposób gwarantujący ich niezawodne i sprawne funkcjonowanie;
- 4) zgłaszanie Dyrektorowi szpitala wniosków o wyłączenie z użytkowania maszyn, urządzeń, instalacji lub aparatury grożącej pożarem;

- 5) zapewnienie osobom przebywającym w obiektach szpitalnych i na otaczającym ich terenie bezpieczeństwa i możliwości ewakuacji w czasie pożaru;
- 6) przygotowanie budynków szpitala i otaczającego ich terenu do akcji ratowniczej;
- 7) zaznajamianie użytkowników budynków z przepisami ppoż.;
- 8) ustalenie sposobu postępowania w razie powstania pożaru;
- 9) cykliczne organizowanie próbnych ewakuacji;
- 10) prowadzenie instruktażu (szkolenia wstępnego) pracowników nowoprzyjmowanych do pracy oraz współdziałanie w organizacji szkolenia podstawowego pracowników w zakresie ochrony przeciwpożarowej;
- 11) opracowywanie i prowadzenie dokumentacji związanej z ochroną ppoż. obiektów i terenów szpitalnych;
- 12) współpraca z właściwą terenową Komendą Państwowej Straży Pożarnej w zakresie bezpieczeństwa pożarowego obiektów szpitala;
- 13) współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie ustalania wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo-niebezpiecznych;
- 14) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;

#### § 87

Do zakresu działania pracownika na **stanowisku asystenta Dyrektora** należy w szczególności:

- 1) logistyczne i administracyjne wsparcie Dyrektora w codziennych obowiązkach;
- 2) organizacja i obsługa spotkań i narad Dyrektora;
- 3) organizowanie wyjazdów służbowych Dyrektora szpitala;
- 4) prowadzenie dokumentacji Dyrektora;
- 5) prowadzenie sekretariatu Dyrektora szpitala;
- 6) zapewnienie i koordynowanie sprawnego przepływu informacji oraz współpracy z komórkami organizacyjnymi szpitala;
- 7) przyjmowanie i wysyłanie korespondencji szpitala;
- 8) obsługa urzędów biurowych;
- 9) rozdzielanie prasy wg rozdzielnika;
- 10) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala.

#### § 88

Do zakresu działania **kapelana szpitala** należy w szczególności:

- 1) odprawianie nabożeństw w rytmie roku liturgicznego;
- 2) duszpasterskie odwiedziny chorych w oddziałach szpitalnych;
- 3) udzielanie posług religijnych wyznawcom katolicyzmu, w tym na wezwanie, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów oraz specyficznych warunków pracy danego oddziału szpitalnego;
- 4) wydawanie, na żądanie pacjenta, zaświadczeń o udzielonych sakramentach;
- 5) rzetelne informowanie na terenie całego szpitala o funkcjonowaniu duszpasterstwa chorych i o możliwościach kontaktu z kapelanem;
- 6) w miarę możliwości udostępnianie, na życzenie chorych, prasy, czasopism i książek o treści religijnej.

#### § 89

Do zakresu działania **specjalisty ds. informatyki, administratora bezpieczeństwa informacji**, należy w szczególności:

- 1) stosowanie środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, w tym czuwanie nad zabezpieczeniem danych przed ich

udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

- 2) czuwanie nad przestrzeganiem przez pracowników szpitala określonych przepisami prawa zasad przetwarzania danych osobowych, a w szczególności danych drażliwych;
- 3) sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie obowiązujących sprawozdań;
- 4) nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji dotyczącej ochrony danych osobowych oraz przestrzegania zasad w niej określonych;
- 5) zapoznawanie na bieżąco osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych;
- 6) prowadzenie rejestru zbiorów danych przetwarzanych przez szpital;
- 7) prowadzenie dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych oraz środki, o których mowa w pkt 1;
- 8) prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych;
- 9) prowadzenie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności stwierdzonych przypadków naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych;
- 10) współpraca z Generalnym Inspektorem Danych Osobowych;
- 11) współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie działania administratora bezpieczeństwa informacji.
- 12) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;

#### **89a**

Do zakresu działania **specjalisty ds. informatyki, administratora systemu informatycznego**, należy w szczególności

- 1) administrowanie siecią teleinformatyczną Szpitala oraz zapewnienie poprawnego działania i bieżące utrzymanie sieci, przełączników, routerów, firewalli i towarzyszących im systemów informatycznych, instalacja i konfiguracja urządzeń sieci LAN i WAN;
- 2) administrowanie serwerami Szpitala;
- 3) administracja bazami danych będącymi w użytkowaniu Szpitala;
- 4) administracja systemem antywirusowym jednostki;
- 5) zarządzanie systemami informatycznymi jednostki w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego dostępu do zasobów;
- 6) wykonywanie czynności związanych z diagnostyką, naprawą, modernizacją, usuwaniem awarii sprzętu komputerowego zainstalowanego w Szpitalu;
- 7) usuwanie nieprawidłowości i zakłóceń w funkcjonowaniu oprogramowania komputerowego zainstalowanego w Szpitalu;
- 8) nadzór nad teleinformatycznymi urządzeniami peryferyjnymi będącymi w posiadaniu Szpitala;
- 9) nadzór nad prawidłowością funkcjonowania i wykorzystywania sprzętu komputerowego zainstalowanego w Szpitalu;
- 10) wykonywanie i weryfikacja kopii bezpieczeństwa systemów;
- 11) planowanie oraz wdrażanie i rozbudowa infrastruktury teleinformatycznej;
- 12) wykonywanie drobnych napraw sprzętu komputerowego Szpitala i koordynacja spraw w zakresie wykonywania większych remontów i usuwania awarii;
- 13) instalacja i aktualizacja systemów oraz oprogramowania na stanowiskach roboczych;
- 14) zgłaszanie i obsługa awarii oprogramowania komputerowego we współpracy z zewnętrznymi dostawcami, wnioskowanie o wprowadzenie zmian w oprogramowaniu;
- 15) kontrolowanie i zabezpieczanie prawidłowości przebiegu czynności serwisowych w zainstalowanych systemach informatycznych.

**§ 89b**

Do zakresu działania pracownika na stanowisku **radca prawny** należy w szczególności:

- 1) udzielanie pracownikom opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa;
- 2) informowanie pracowników o zmianach w obowiązujących przepisach prawnych;
- 3) uczestniczenie w prowadzonych przez szpital rokowaniach, których celem jest nawiązanie, zmiana lub rozwiązanie stosunku prawnego w tym zawarcie umów długoterminowych lub nietypowych;
- 4) opiniowanie wszystkich spraw tego wymagających;
- 5) nadzór prawny nad egzekucją należności szpitala;
- 6) występowanie w charakterze pełnomocnika szpitala w postępowaniach: sądowym, arbitrażowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.”

**§ 90**

Do zakresu działania **pełnomocnika ds. jakości**, należy w szczególności:

- 1) nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem systemów zarządzania (regulaminy, instrukcje, zarządzenia, procedury, algorytmy, plany harmonogramy i programy) środowiskowego, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bezpieczeństwa pacjentów;
- 2) dokonywanie kwartalnej analizy systemów zarządzania i przedkładanie Dyrektorowi szpitala stosownych wniosków;
- 3) realizacja polityki jakości – definiowanie celów i zadań dotyczących jakości, jej utrzymania, doskonalenia i skutecznego funkcjonowania;
- 4) opracowywanie we współpracy z kierownikami oddziałów szpitalnych i Przychodni Specjalistycznej programów poprawy jakości udzielanych świadczeń;
- 5) wnioskowanie lub podejmowanie działań zapobiegawczych i korygujących;
- 6) organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy komórkami organizacyjnymi szpitala.
- 7) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;
- 8) opracowanie, aktualizacja oraz realizacja zadań wynikających z prowadzenia kontroli zarządczej w szpitalu.

**§ 91**

Do zakresu działania **specjalisty ds. epidemiologii**, należy w szczególności:

- 1) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) prowadzenie nadzoru nad:
  - a) realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych;
  - b) prowadzeniem dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń szpitalnych;
  - c) przestrzeganiem przez personel obowiązujących instrukcji, procedur i standardów dotyczących profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 3) monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala;
- 4) współdziałanie w opracowaniu i aktualizacji standardów i procedur oraz zasad dotyczących higieny i profilaktyki zakażeń i chorób zakaźnych;
- 5) współuczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem;
- 6) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów;
- 7) sporządzanie raportów o występowaniu zakażeń zakładowych i drobnoustrojach alarmowych oraz przedkładanie ich Dyrektorowi szpitala i właściwemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu;

- 8) sporządzanie raportów wstępnych o podejrzeniu ogniska epidemicznego w zakładzie oraz raportów końcowych z czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego oraz przedkładanie ich Dyrektorowi szpitala;
- 9) prowadzenie kontroli wewnętrznej oceniającej poziom realizacji wdrożonych procedur profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz przedstawianie jej wyników i wniosków Dyrektorowi szpitala;
- 10) prowadzenie szkoleń oraz nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji personelu medycznego w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych;
- 11) udział w opiniowaniu wniosków dotyczących budowy, remontów i modernizacji oraz usprawnień szpitala w aspekcie zapobiegania i zmniejszania ryzyka zakażeń szpitalnych;
- 12) współpraca ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi szpitala w zakresie powierzonych zadań.
- 13) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala;

#### § 92

1. Dyrektor zarządza szpitalem i jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.
2. Dyrektor szpitala jest bezpośrednim lub pośrednim, zgodnie z obowiązującym schematem organizacyjnym, zwierzchnikiem służbowym wszystkich pracowników szpitala.
3. Dyrektor działa przy pomocy:
  - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
  - 2) głównego księgowego,
  - 3) naczelnej pielęgniarki,
  - 4) kierowników oddziałów,
  - 5) kierownika Przychodni Specjalistycznej,
  - 6) kierowników działów,
  - 7) samodzielnych stanowisk pracy.
4. Pozostali pracownicy podlegają Dyrektorowi za pośrednictwem swoich przełożonych.
5. W czasie nieobecności Dyrektora, szpitalem zarządza Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. W przypadku równoczesnej nieobecności Dyrektora szpitala i Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, zakładem zarządza osoba wyznaczona przez Dyrektora szpitala.
7. Organem doradczym Dyrektora jest Rada Społeczna.

#### § 93

Dyrektor szpitala, w ramach posiadanych uprawnień, tworzy, łączy, reorganizuje i likwiduje komórki organizacyjne szpitala oraz wnioskuje o zmiany w statucie szpitala. W szczególności, w zależności od potrzeb, Dyrektor może tworzyć działy, sekcje, pracownie i samodzielne stanowiska pracy ustalając jednocześnie ich pozycję oraz sposób podporządkowania w obrębie statutowej struktury organizacyjnej.

#### § 94

1. Oddziałami szpitalnymi kierują kierownicy oddziałów.
2. Przychodnią Specjalistyczną, **Oddziałami**, Izbą Przyjęć Szpitala, **Działem Farmacji**, Pracownią Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Działami kierują kierownicy tych komórek bezpośrednio podlegający Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Pielęgniarki oddziałowe i koordynujące organizują i sprawują nadzór nad pracą średniego i niższego personelu w podległych im komórkach organizacyjnych.
4. Osoby wymienione w ust. 1-3 odpowiadają za sprawne, należyte i zgodne z powierzonymi zadaniami działanie szpitala w zakresie powierzonych im obowiązków.

#### § 95

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz każdy kierownik komórki organizacyjnej, który nie posiada swojego zastępcy winien na czas swojej nieobecności wyznaczyć, spośród podległych mu pracowników, osobę do pełnienia funkcji zastępującego, któremu będzie powierzać na czas nieobecności swoje obowiązki i kompetencje.
2. Wyznaczona osoba winna w swoim zakresie czynności posiadać odpowiedni zapis dotyczący sytuacji, o której mowa w ust.1.

#### § 96

1. Szczegółowe zadania pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę określają zakresy czynności opracowywane przez ich bezpośrednich przełożonych i zatwierdzane przez Dyrektora szpitala. Przyjęcie powyższych dokumentów do wiadomości pracownicy potwierdzają datą przyjęcia i własnoręcznym podpisem. Jeden egzemplarz dokumentu, o którym mowa, przechowywany jest w aktach osobowych pracownika.
2. Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności osób zatrudnionych w szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych regulują zawarte z nimi umowy.

#### § 97

1. Organizację i porządek w procesie pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników ustala regulamin pracy.
2. Zasady wynagradzania pracowników szpitala określa regulamin wynagradzania.
3. Osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym ze szpitalem, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.
4. Zgodę na wyjazdy służbowe pracowników szpitala i osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych wyraża Dyrektor szpitala.

#### § 98

1. Wewnętrzными aktami normatywnymi obowiązującymi w szpitalu są wydawane przez Dyrektora szpitala:
  - 1) regulaminy,
  - 2) instrukcje,
  - 3) zarządzenia,
  - 4) procedury.
2. Projekty dokumentów wymienionych w ust. 1 opracowuje, o ile wewnętrzne przepisy szpitala nie stanowią inaczej, właściwa merytorycznie komórka organizacyjna. W przypadku regulowania zagadnień należących do kompetencji kilku komórek, projekt odnośnego aktu normatywnego opracowuje komórka najbardziej związana z regulowanym tematem. W przypadku sporu kompetencyjnego, decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor szpitala. Pracownik opracowujący projekt dokumentu winien jego treść uzgodnić ze wszystkimi zainteresowanymi komórkami, uzyskać pisemną akceptację ich kierowników oraz kierownika własnej komórki organizacyjnej, a następnie uzyskać akceptację obsługi prawnej szpitala pod kątem zgodności treści zawartej w projekcie aktu wewnętrznego z aktami normatywnymi wyższego rzędu. Opracowane i uzgodnione projekty dokumentów przekazywane są do podpisu Dyrektorowi szpitala. W sprawach dotyczących zagadnień medycznych, przed przekazaniem projektu dokumentu obsłudze prawnej, wymagana jest akceptacja odpowiednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub naczelnej pielęgniarki.
3. Akty normatywne, o których mowa w ust. 1 pkt 1,2 i 4, wprowadzane są w życie zarządzeniem Dyrektora.
4. Oryginały wszystkich aktów normatywnych są ewidencjonowane i przechowywane w Sekretariacie szpitala. Bieżący wykaz obowiązujących aktów normatywnych jest

również dostępny w sieci informatycznej szpitala. Drugi egzemplarz każdego aktu normatywnego przechowywany jest w, Dziale Organizacji, Promocji i Przetwarzania Danych.

5. Do obowiązujących regulaminów i instrukcji mogą być wydawane zmiany wprowadzające inny tryb postępowania w ściśle określonej części danego aktu lub uzupełnienia wprowadzające dodatkowe ustalenia lub rozwiązania organizacyjne. Tok postępowania przy aktualizacji wewnętrznych aktów normatywnych jest taki sam, jak przy wydawaniu nowych. Zarządzenia i procedury nie podlegają aneksowaniu.
6. Anulowanie obowiązującego aktu normatywnego następuje na mocy zarządzenia Dyrektora i winno być na bieżąco odnotowywane w ewidencji oraz w elektronicznym wykazie, o którym mowa w ust. 4.
7. Wewnętrzne akty prawne utrzymywane są w aktualności przez kompetentne komórki organizacyjne.
8. Sposób nadzoru i kontroli realizacji zadań określonych w aktach normatywnych winien być każdorazowo określony w tych aktach.
9. Kierownicy komórek organizacyjnych są zobowiązani do bieżącego zapoznawania podległych pracowników z treścią aktów normatywnych ogólnych, jak i dotyczących sfery ich działania.
10. Wszystkie wewnętrzne akty normatywne stanowią własność szpitala i nie mogą być udostępniane na zewnątrz bez zgody Dyrektora.

#### § 99

1. Do podpisywania wszystkich pism dotyczących działania szpitala uprawniony jest Dyrektor szpitala, który umocowany jest do samoistnej reprezentacji.
2. Podpisywanie przez pracowników pism kierowanych do innych podmiotów gospodarczych, instytucji i organów państwowych, w tym umów i zamówień, wymaga stałego lub jednorazowego pełnomocnictwa udzielonego przez Dyrektora szpitala. Wzór pełnomocnictwa stanowi **Załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu. Wzory podpisu osób posiadających pełnomocnictwa znajdują się w rejestrze pełnomocnictw prowadzonym przez asystenta Dyrektora.
3. Pracownik może otrzymać upoważnienie od Dyrektora szpitala do podpisywania dokumentów o charakterze wewnętrznym. Upoważnienie to nie daje mu prawa do działania w imieniu szpitala. Wzór upoważnienia stanowi **Załącznik nr 3** do niniejszego regulaminu.
4. Rejestr pełnomocnictw i upoważnień prowadzi Dział Spraw Pracowniczych.
5. Oryginał pełnomocnictwa lub upoważnienia otrzymuje wskazany przez Dyrektora pracownik, a kopie przechowuje się w jego aktach osobowych.
6. Zasady i tryb wykonywania czynności kancelaryjnych oraz obiegu dokumentów określają szczegółowo obowiązująca w szpitalu Instrukcja kancelaryjna oraz Instrukcja obiegu dokumentów.

### ROZDZIAŁ VIII

#### Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi

#### § 100

1. Szpital w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz tych pacjentów.
2. Szpital współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie:
  - 1) konsultacji specjalistycznych,



- 2) badań diagnostycznych,
  - 3) badań laboratoryjnych,
  - 4) usług stomatologicznych (interwencja w przypadku bólu),
  - 5) przewozu i przechowywania zwłok oraz sekcji zwłok,
  - 6) transportu sanitarnego.
3. Szpital oraz osoby udzielające w jego imieniu świadczeń zdrowotnych, udzielają innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacji związanych z pacjentem w przypadku gdy:
    - 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
    - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
    - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
    - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
    - 5) toczy się postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
  4. Szpital udostępnia podmiotom wykonującym działalność leczniczą dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.
  5. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.

#### § 101

1. Szpital udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 100 ust. 2 w celu wykonywania zadań szpitala podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Podmioty, o których mowa w ust. 1, przyjmując zamówienie zobowiązują się do wykonania zadań szpitala w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie.
3. Przyjmujący zamówienie nie może udzielać świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem osób trzecich, chyba, że umowa stanowi inaczej.

### ROZDZIAŁ IX

#### Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

#### § 102

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii, szpital może pobierać opłatę.
2. Nie pobiera się opłaty:
  - 1) od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, gdyż tak stanowi art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. 2015 poz. 121 z późn. zm.);
  - 2) od osób zainteresowanych i organów rentowych w sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 748 z późn. zm.), gdyż tak stanowi art. 121 ust. 2 w/w ustawy
  - 3) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, gdyż tak stanowi art. 28 ust, 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (**t. j. Dz. U. 2017 poz. 1318**);

3. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie (art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015 poz. 581, z późn. zm.).
4. Za udostępnianie dokumentacji medycznej szpital pobiera opłaty w wysokości określonej w Cenniku usług ustalonym przez Dyrektora szpitala. Cennik stanowi Załącznik nr 4 do regulaminu organizacyjnego oraz podany jest do publicznej wiadomości na stronie internetowej szpitala, na tablicach ogłoszeń w Izbie Przyjęć Szpitala i Przychodni Specjalistycznej, a także jest w posiadaniu Działu Statystyki Medycznej, Analiz i Planowania.

## **ROZDZIAŁ X**

### **Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, za które pobierane są opłaty**

#### § 103

1. Udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.

## **ROZDZIAŁ XI**

### **Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta oraz za udzielane świadczenia zdrowotne lub usługi medyczne**

#### § 104

W przypadku przechowywania zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. 2011 r. Nr 118 poz. 687 z późn. zm.) do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, szpital pobiera opłatę określoną w Cenniku usług.

#### § 105

Za udzielone świadczenia zdrowotne oraz za usługi medyczne:

- 1) inne niż finansowane ze środków publicznych ubezpieczonym;
  - 2) innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów za częściową lub całkowitą odpłatnością,
- pacjenci i inni odbiorcy wnoszą opłaty zgodnie z ustaloną przez Dyrektora szpitala ceną, stanowiącą koszt własny sprzedaży jednego osobodnia dla danego oddziału szpitalnego lub koszt własny sprzedaży innego świadczenia zdrowotnego lub usługi medycznej.

#### § 106

1. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne lub usługi medyczne jest określana przez Dział Finansowo-Księgowy i publikowana w Cenniku usług ustalonym przez Dyrektora szpitala.
2. Cennik usług, stanowi Załącznik nr 4 do regulaminu organizacyjnego oraz podawany jest do publicznej wiadomości na stronie internetowej szpitala i na tablicach ogłoszeń w Izbie Przyjęć Szpitala i w Przychodni Specjalistycznej, a także jest przechowywany w Dziale Statystyki Medycznej, Analiz i Planowania.

## ROZDZIAŁ XII

### Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi szpitala

#### § 107

Dyrektor zarządza szpitalem, reprezentuje go na zewnątrz oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności podmiotu leczniczego, a w szczególności odpowiada za:

- 1) organizację i prowadzenie szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 2) wytyczanie głównych kierunków rozwoju działalności szpitala;
- 3) zapewnienie odpowiedniego poziomu działalności leczniczo – rehabilitacyjnej oraz podnoszenie jakości usług szpitala;
- 4) ustalanie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie szpitala;
- 5) gospodarkę finansową szpitala;
- 6) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych;
- 7) nadzór nad realizacją remontów, inwestycji i zakupów inwestycyjnych;
- 8) koordynację funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych szpitala;
- 9) kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych oraz ich kierowników;
- 10) podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu;
- 11) dobór i zgodną z obowiązującymi normami obsadę personelu oraz właściwe wykorzystanie kadr;
- 12) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem i nagradzaniem pracowników szpitala;
- 13) zapewnianie pracownikom odpowiednich do ich zadań warunków pracy;
- 14) ścisłe współdziałanie z samorządem województwa podkarpackiego;
- 15) nawiązywanie i utrzymywanie współpracy z innymi podmiotami leczniczymi i podwykonawcami usług na rzecz szpitala;
- 16) współdziałanie z zakładowymi organizacjami związków zawodowych działających w szpitalu i innymi organizacjami pracowników;
- 17) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem szpitalem, wynikających z obowiązujących przepisów;
- 18) zabezpieczanie spraw objętych tajemnicą państwową i służbową.

#### § 108

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalność medyczną szpitala oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa ponosi odpowiedzialność za poziom udzielanych w szpitalu świadczeń zdrowotnych, ich organizację, należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie oraz za prowadzenie w szpitalu dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Zakres uprawnień i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa obejmuje w szczególności:

- 1) tworzenie warunków należytej realizacji zadań statutowych szpitala, związanych z dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 2) zapewnienie zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczenia usług przewidzianych w statucie, z przyjętymi standardami i procedurami medycznymi;
  - 3) koordynację i nadzór nad pracą podległych oddziałów szpitalnych, Izby Przyjęć Szpitala, Przychodni Specjalistycznej i innych komórek działalności podstawowej;
  - 4) nadzór nad zachowaniem poziomu wymaganego przez NFZ zatrudnienia w komórkach organizacyjnych działalności podstawowej;
  - 5) nadzór nad wyposażeniem podległych mu komórek organizacyjnych w niezbędny sprzęt, aparaturę i środki medyczne, nadzór nad prawidłowym gospodarowaniem sprzętem i aparaturą medyczną;
  - 6) nadzór nad gospodarką lekami oraz nadzór nad tworzeniem receptariusza szpitalnego i przestrzeganiem zasad dotyczących zamawiania leków;
  - 7) kontrolę warunków sanitarno-epidemiologicznych szpitala;
  - 8) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej lekarskiej;
  - 9) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach przyjmowania i użytkowania w szpitalu darów w postaci leków, sprzętu medycznego itp.;
  - 10) współdziałanie w tworzeniu planów finansowego i inwestycyjnego szpitala oraz planu zamówień publicznych na wyposażenie pionu leczniczego w środki farmaceutyczne, sprzęt i aparaturę medyczną;
  - 11) organizowanie i inicjowanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i wykonujących inne usługi medyczne;
  - 12) współpracę z kierownikami innych komórek organizacyjnych szpitala.
4. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie ciężących na nim zadań.

#### § 109

1. Główny księgowy szpitala odpowiada za całokształt działań finansowo-księgowych oraz za stan i jakość pracy Działu Finansowo-Księgowego.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Głównego Księgowego obejmuje w szczególności:
  - 1) prowadzenie rachunkowości szpitala, zgodnie z zasadami rachunkowości, określonymi stosownymi przepisami;
  - 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
  - 3) dokonywanie wstępnej kontroli:
  - 4) zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
  - 5) kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
  - 6) przygotowywanie rocznego planu finansowego szpitala oraz sprawozdania z jego realizacji;
  - 7) czuwanie aby wydatki szpitala były ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym szpitala;
  - 8) zapewnienie, aby sprawozdanie finansowe oraz sprawozdanie z działalności finansowej spełniały wymagania przewidziane w ustawie o rachunkowości;
  - 9) przestrzeganie aby wydatki szpitala były dokonywane:
    - a) w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad:
      - uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
      - optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów;
    - b) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań;
    - c) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań;

- 10) czuwanie aby umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, były zamawiane na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej;
  - 11) przestrzeganie aby zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów szpitala, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obowiązkowe oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich;
  - 12) dokonywanie lokat wolnych środków, z wyjątkiem środków pochodzących z dotacji z budżetu;
  - 13) przestrzeganie zasad i terminowości rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych;
  - 14) zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych;
  - 15) zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej;
  - 16) nadzorowanie i kontrola pracy Działu Finansowo – Księgowego;
  - 17) współpracę z bankami, zakładem ubezpieczeń społecznych, urzędem skarbowym, instytucjami ubezpieczeniowymi itp. instytucjami;
  - 18) prowadzenie instruktażu podległych pracowników z zakresu finansów publicznych, rachunkowości, prawa podatkowego w zakresie obowiązującym w szpitalu oraz prawa ubezpieczeń społecznych;
  - 19) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora szpitala, a w szczególności:
    - a) regulaminu wynagradzania i regulaminu premiowania;
    - b) zakładowego planu kont;
    - c) obiegu dokumentów (dowodów księgowych);
    - d) zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji;
    - e) zasad funkcjonowania kontroli zarządczej.
3. Główny księgowy ponosi odpowiedzialność za:
- 1) nieustalenie należności szpitala albo ustalenie takiej należności w wysokości niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia;
  - 2) niepobranie lub niedochodzenie należności szpitala albo pobranie lub dochodzenie tej należności w wysokości niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia;
  - 3) niezgodne z przepisami umorzenie należności szpitala, odroczenie jej spłaty lub rozłożenie spłaty na raty albo dopuszczenie do przedawnienia tej należności;
  - 4) wydatkowanie dotacji niezgodnie z przeznaczeniem określonym przez udzielającego dotację;
  - 5) nierozliczenie w terminie otrzymanej dotacji;
  - 6) niedokonanie w terminie zwrotu dotacji w należnej wysokości;
  - 7) dokonanie zmiany w planie, stanowiącym podstawę gospodarki finansowej szpitala, bez upoważnienia albo z przekroczeniem zakresu upoważnienia;
  - 8) dokonanie wydatku ze środków publicznych bez upoważnienia określonego planem finansowym albo z przekroczeniem zakresu tego upoważnienia lub z naruszeniem przepisów dotyczących dokonywania poszczególnych rodzajów wydatków;
  - 9) nieopłacenie w terminie:
    - a) składek na ubezpieczenia społeczne,
    - b) składek na ubezpieczenie zdrowotne,
    - c) składek na Fundusz Pracy,
    - d) składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
    - e) wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, albo ich opłacenie w kwocie niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia;

- 10) zaciągnięcie zobowiązania bez upoważnienia określonego planem finansowym albo z przekroczeniem zakresu tego upoważnienia lub z naruszeniem przepisów dotyczących
  - 11) zaciągania zobowiązań przez jednostkę sektora finansów publicznych;
  - 12) niewykonanie w terminie zobowiązania szpitala, w tym obowiązku zwrotu podatku, nadpłaty lub nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, którego skutkiem jest zapłata odsetek, kar lub opłat albo oprocentowanie tych należności;
  - 13) niezgodne z przepisami o zamówieniach publicznych zaciąganie zobowiązań, z zwłaszcza:
    - a) bez zachowania formy pisemnej;
    - b) na czas dłuższy niż określony w przepisach o zamówieniach publicznych lub na czas nieoznaczony, z wyłączeniem przypadków dopuszczonych w przepisach o zamówieniach publicznych;
    - c) poprzez zmianę umowy w sprawie zamówienia publicznego dokonaną z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych;
  - 14) zaniechanie przeprowadzenia lub rozliczenia inwentaryzacji albo przeprowadzenie lub rozliczenie inwentaryzacji w sposób niezgodny z przepisami ustawy o rachunkowości;
  - 15) niesporządzenie lub nieprzekazanie w terminie sprawozdania z wykonania procesów gromadzenia środków publicznych i ich rozdysponowania albo wykazanie w tym sprawozdaniu danych niezgodnych z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej;
  - 16) niedokonanie lub nienależyte dokonanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczej lub finansowej z planem finansowym lub kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących takiej operacji, jeżeli miało ono wpływ na:
  - 17) dokonanie wydatku powodującego przekroczenie kwoty wydatków ustalonej w planie finansowym szpitala;
  - 18) zaciągnięcie zobowiązania niemieszczącego się w planie finansowym szpitala;
  - 19) niewykonanie lub nienależyte wykonanie publicznych obowiązków w zakresie kontroli zarządczej, jeżeli miało ono wpływ na:
    - a) uszczuplenie wpływów należnych szpitalowi;
    - b) dokonanie wydatku powodującego przekroczenie kwoty wydatków ustalonej w planie finansowym;
    - c) zaciągnięcie zobowiązania bez upoważnienia określonego planem finansowym albo z przekroczeniem zakresu tego upoważnienia lub z naruszeniem przepisów dotyczących zaciągania zobowiązań przez jednostkę sektora finansów publicznych;
    - d) niewykonanie w terminie zobowiązania szpitala, w tym obowiązku zwrotu podatku, nadpłaty lub nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne;
    - e) zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych dotyczących formy pisemnej umowy, okresu, na który umowa może być zawarta;
    - f) działanie lub zaniechanie skutkujące zapłatą ze środków publicznych kary, grzywny lub opłaty stanowiącej sankcję finansową, do których stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
4. Główny księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie ciężących na nim zadań.

## § 110

1. Naczelna pielęgniarka koordynuje pracę średniego personelu medycznego, salowych i sanitariuszy oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego jej personelu.
2. Do zakresu kompetencji i obowiązków naczelnej pielęgniarki należy:
  - 1) wnioskowanie i opiniowanie w sprawach dotyczących zatrudnienia, zwalniania, awansowania, nagradzania i karania, a także w innych kwestiach dotyczących podległego jej personelu;
  - 2) udział w planowaniu zatrudnienia oraz inicjowanie i nadzór w zakresie podnoszenia kwalifikacji personelu pielęgniarskiego, a także organizowanie szkoleń wewnątrzzakładowych;
  - 3) nadzór procesu szkolenia wolontariuszek pielęgniarskich i ocena poziomu uzyskanych przez nie umiejętności;
  - 4) dbanie o właściwe rozmieszczenie podległego personelu oraz pełnienie nadzoru nad ich odpowiednim wykorzystaniem celem zabezpieczenia całodobowej opieki pielęgniarskiej;
  - 5) nadzór nad prawidłowym sporządzaniem rozkładu czasu pracy pielęgniarek, sanitariuszy i salowych;
  - 6) prowadzenie ewidencji czasu pracy pielęgniarek oddziałowych oraz pielęgniarki koordynującej pracę innych pielęgniarek w Izbie Przyjęć;
  - 7) dokonywanie kontroli przestrzegania czasu pracy przez podległych jej pracowników i przedkładanie Dyrektorowi szpitala stosownych wniosków w tym zakresie;
  - 8) dbanie o zapewnienie właściwego wyposażenia stanowisk pracy pielęgniarek, salowych i sanitariuszy w sprzęt, aparaturę, materiały niezbędne do działalności zawodowej oraz nadzór nad prawidłowym wykorzystaniem przydzielonego sprzętu;
  - 9) kontrola jakości pracy pielęgniarek oddziałowych, pielęgniarki koordynującej pracę innych pielęgniarek w Izbie Przyjęć;
  - 10) nadzór nad realizacją działalności oświatowo – zdrowotnej oraz stanem sanitarno-higienicznym w podległych komórkach organizacyjnych;
  - 11) podnoszenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich;
  - 12) wdrażanie standardów i procedur pielęgniarskich;
  - 13) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji pielęgniarskiej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
  - 14) współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi w zakresie spraw dotyczących w szczególności:
    - a) właściwego rozwiązywania problemów, które stanowią ryzyko dla sprawnej opieki pielęgniarskiej,
    - b) kształtowania odpowiedzialnych postaw etyczno-moralnych podległego personelu;
  - 15) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala, kierownikami oddziałów i szpitalnymi przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych oraz członkami zespołu terapeutycznego w zakresie sprawnego funkcjonowania szpitala oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów;
  - 16) współudział w pracach zespołów oraz komisji wskazanych przez Dyrektora szpitala.
3. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań naczelną pielęgniarką współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala.
4. Naczelną pielęgniarką ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie całokształtu spraw organizacyjnych związanych z pracą podległego personelu.
5. Naczelną pielęgniarką podlega bezpośrednio Dyrektorowi szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

## § 111

1. Kierownicy komórek organizacyjnych szpitala odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych im zadań i obowiązków.
2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych w szczególności należy:
  - 1) organizowanie i planowanie pracy komórki;
  - 2) współdziałanie z Dyrektorem szpitala w prawidłowym doborze kadr;
  - 3) usprawnianie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej;
  - 4) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów;
  - 5) ustalenie zakresów obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności podległych pracowników;
  - 6) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego oraz terminowego wykonania obowiązków i zadań przez podległą komórkę;
  - 7) przydzielanie pracy podległym pracownikom i udzielanie wytycznych, co do sposobu ich wykonania;
  - 8) udzielanie wiążących wyjaśnień w zakresie spraw objętych działalnością komórki;
  - 9) nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki zawodowej oraz przepisów o zachowaniu tajemnicy służbowej;
  - 10) wnioskowanie o awansowanie, nagradzanie i karanie pracowników podległej komórki;
  - 11) sporządzanie planów urlopów;
  - 12) wnioskowanie o delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza terenem szpitala;
  - 13) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków;
  - 14) kształtowanie właściwej atmosfery pracy w komórce;
  - 15) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień.
3. Przed podjęciem decyzji o istotnym znaczeniu, kierownicy komórek organizacyjnych szpitala mają obowiązek zasięgać opinii prawnej. W szczególności opinii prawnej wymagają:
  - 1) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych,
  - 2) projekty zawieranych umów.
4. Zgodnie ze schematem organizacyjnym szpitala, kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych podlegają bezpośrednio właściwym przełożonym i przed nimi odpowiadają za wykonywanie swoich zadań.

## § 112

1. W szpitalu funkcjonują samodzielne stanowiska pracy oraz pełnomocnicy mający na celu realizację określonych tematycznie zadań.
2. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy oraz pełnomocnicy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych im zadań i obowiązków.
3. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy oraz pełnomocników należy w szczególności realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty normatywne, a także współdziałanie z kierownikami stosownych komórek organizacyjnych szpitala.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy oraz pełnomocnicy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi szpitala i przed nim odpowiadają za wykonywanie swoich zadań.



## § 113

Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych zobowiązani są do prowadzenia teczki organizacyjnej, w której powinny znajdować się:

- 1) Statut szpitala,
- 2) Regulamin organizacyjny szpitala,
- 3) Regulamin pracy,
- 4) Instrukcja kancelaryjna,
- 5) Instrukcja archiwalna,
- 6) Instrukcja obiegu dokumentów,
- 7) Obowiązujące w tej komórce zarządzenia, procedury itp. dokumenty.

### **ROZDZIAŁ XIII** **Przepisy końcowe**

## § 114

1. W sprawie skarg i wniosków Dyrektor szpitala przyjmuje w każdą środę w godzinach od 13.00 – 15.00.
2. Skargi i wnioski mogą być składane w formie ustnej lub w formie pisemnej.
3. Skargi i wnioski w formie pisemnej przyjmowane są w sekretariacie szpitala w dni robocze w godzinach od 7<sup>25</sup> do 15<sup>00</sup>.

## § 115

1. Przedmiotem skargi może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonywanie zadań przez szpital albo przez jego pracowników, naruszenie praworządności, interesu skarżącego, a także przewlekłe lub biurokratyczne załatwianie spraw.
2. Skargę na pracownika można przekazać do załatwienia jego przełożonemu służbowemu.
3. Szpital powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca.
4. O sposobie załatwienia skargi należy powiadomić skarżącego.
5. W przypadku, gdy skarga w wyniku jej rozpatrzenia została uznana, za bezzasadną i jej bezzasadność wykazano w odpowiedzi na skargę, a skarżący ponowił skargę bez wskazania nowych okoliczności, Dyrektor szpitala może podtrzymać swoje poprzednie stanowisko poprzez odpowiednią adnotację w aktach sprawy, bez zawiadamiania skarżącego.

## § 116

1. Przedmiotem wniosku mogą być w szczególności sprawy ulepszenia organizacji, wzmocnienia praworządności, usprawnienia pracy, zapobiegania nadużyciom, ochrony własności lub lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów.
2. Szpital powinien rozpatrzyć wniosek bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca.
3. O sposobie załatwienia wniosku zawiadamia się wnioskodawcę.

## § 117

1. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów osoby poruszające się po terenie szpitala pojazdami mechanicznymi zobowiązane są do stosowania się do przepisów ruchu drogowego.

2. Z uwagi na bezpieczeństwo pożarowe oraz konieczność zapewnienia właściwego dojazdu do obiektów szpitala, zabrania się parkowania samochodów poza wyznaczonymi parkingami.

## § 118

Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren szpitala w celu przeprowadzania prezentacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych są bezwzględnie zobowiązani zgłosić zamiar i uzyskać zgodę Dyrektora szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

## § 119

W celu bezpieczeństwa danych gromadzonych w systemach informatycznych szpitala należy przestrzegać:

- 1) Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych systemu informatycznego – stanowiącej Załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu.
- 2) Instrukcji zarządzania systemem informatycznym – stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu.

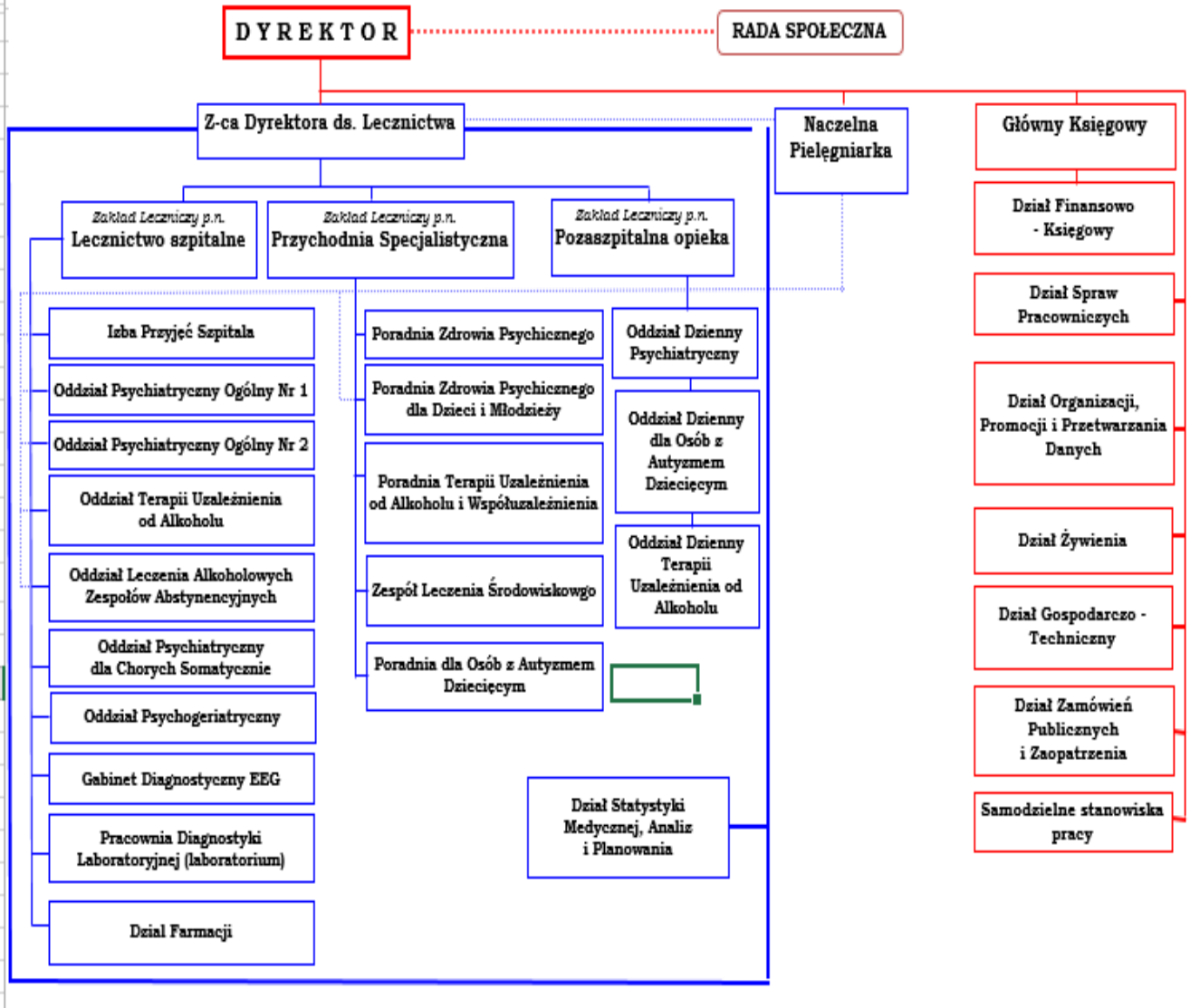
Żurawica, dnia 12.12.2017r.

DYREKTOR SZPITALA

DYREKTOR SZPITALA  
*B. Stawarz*  
dr n. o z. Barbara Stawarz

## SCHEMAT ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO PODKARPACKIEGO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO im. prof. Eugeniusza Brzeźickiego w Żurawicy



- W z ó r -

**PEŁNOMOCNICTWO**

Działając na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. 2016, poz. 1638) oraz § 99 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy z dnia.....grudnia 2015, a także mając na względzie treść art. 96 Kodeksu cywilnego

**Oświadczam,**

że udzielam Pani/Panu ..... s./c. ....

zam. ....

PESEL .....,

Zatrudnionej /-mu na stanowisku .....  
stałego pełnomocnictwa / pełnomocnictwa na czas do odwołania\* do składania oświadczeń  
woli w moim imieniu w stosunkach z innymi podmiotami prawa/ do dokonywania  
następujących czynności prawnych: ..... \*

Żurawica, dnia .....

.....  
(podpis i pieczętka DYREKTORA SZPITALA)

\_\_\_\_\_

\*

niepotrzebne skreślić

- W z ó r -

### U P O W A Ż N I E N I E

Działając na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. 2016, poz. 1638) oraz § 99 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy z dnia ... grudnia 2015 r., upoważniam Panią/Pana

..... zatrudnioną/-nego na stanowisku .....

do ..... na czas nieokreślony/na okres od dnia

..... do ..... odwołania\* .

Żurawica, dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć DYREKTORA SZPITALA)

---

\* .....  
niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 4**  
do **Regulaminu Organizacyjnego**  
Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego  
im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy

**Cennik Usług**  
**W Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. e. Brzezickiego w Żurawicy**  
**obowiązujący od 01.09.2017r.**

Lp.	Nazwa usługi	Cena brutto zł
1.	Osobodzień Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 1	233,29
2.	Osobodzień Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 2	186,24
3.	Osobodzień Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu	99,47
4.	Osobodzień Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	262,75
5.	Poradnia Zdrowia Psychicznego -Porada diagnostyczna -Porada terapeutyczna -Porada kontrolna -Porada psychologiczno diagnostyczna -Wizyta domowa lekarska -Sesja psychoterapii indywidualnej -Porada psychologiczna	107,00 82,00 71,00 84,00 112,00 72,00
6.	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Wspóluzależnienia -Porada diagnostyczna -Porada instruktora terapii -Sesja psychoterapii grupowej -Sesja psychoterapii indywidualnej z certyfikatem -Sesja psychoterapii indywidualnej bez certyfikatu -Sesja psychoterapii psychoedukacyjnej	69,00 42,00 61,00 89,00 89,00 29,00
7.	Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży -Porada diagnostyczna -Porada terapeutyczna -Porada kontrolna -Porada psychologiczna -Sesja psychoterapii indywidualnej -Porada psychologiczno diagnostyczna	115,00 93,00 71,00 116,00 128,00 90,00
8.	Konsultacja Izba Przyjęć Szpitala	100,00

9.	Badanie stanu zdrowia połączone z obserwacją Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 1 Oddział Psychiatryczny Ogólny Nr 2	286,95 229,08
10.	Usługa ksero - opłata za jedną stronę dokumentacji medycznej	0,30
11.	Przechowywanie zwłok powyżej 72h + koszt transportu	10,00zł/1h + 2,00zł/1km
12.	Opłata przesyłki polecanej - miejscowa zgodnie z umową Poczta Polska Spółka Akcyjna do 50g ponad 50g do 100g ponad 100g do 350g ponad 350g do 500g ponad 500g do 1000g ponad 1000g do 2000g Potwierdzenie odbioru	3,57 3,81 4,06 4,55 6,27 7,50 2,03
13.	Opłata przesyłki polecanej - zamiejscowa zgodnie z umową Poczta Polska Spółka Akcyjna do 50g ponad 50g do 100g ponad 100g do 350g ponad 350g do 500g ponad 500g do 1000g ponad 1000g do 2000g Potwierdzenie odbioru	3,81 3,94 4,55 5,04 7,26 8,86 2,28

**POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA  
PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  
SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego  
im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy

**Podstawa prawna:**

- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922)
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024)

**I. Definicje**

Ilekoć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

- a) Szpitalu – należy przez to rozumieć Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy.
- b) Administratorze Danych – należy przez to rozumieć Dyrektora szpitala.
- c) Administratorze Bezpieczeństwa Informacji – należy przez to rozumieć osobę wyznaczoną przez administratora danych osobowych – Dyrektora szpitala.
- d) Administratorze Systemu Informatycznego – należy przez to rozumieć informatyka szpitala - osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie systemu informatycznego szpitala oraz stosowanie technicznych i organizacyjnych środków ochrony,
- e) użytkownika systemu – należy przez to rozumieć osobę upoważnioną do przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym szpitala.  
Użytkownikiem może być pracownik szpitala, osoba wykonująca pracę na podstawie umowy zlecenia lub innej umowy cywilno-prawnej
- f) sieci lokalnej – należy przez to rozumieć połączenie systemów informatycznych szpitala wyłącznie dla własnych jej potrzeb przy wykorzystaniu urządzeń i sieci telekomunikacyjnych
- g) sieci rozległej – należy przez to rozumieć sieć publiczną w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz. U. 2014, poz. 243, z późn. zm.)

**II. Wyznaczenie Administratora Bezpieczeństwa Informacji.**

Administrator Danych powierza obowiązki Administratora Bezpieczeństwa Informacji osobie wymienionej w Załączniku Nr 1.

**III. Obszar przetwarzania danych osobowych.**

Wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe wyznacza Administrator Bezpieczeństwa Informacji według wzoru określonego w **Załączniku Nr 2** do niniejszej polityki.

**IV. Wykaz zbiorów danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym**

1. W skład systemu wchodzi:
  - dokumentacja papierowa (korespondencja, wnioski, deklaracje, itd.)



- urządzenia i oprogramowanie komputerowe służące do przetwarzania informacji oraz procedury przetwarzania danych w tym systemie, w tym procedury awaryjne.
  - wydruki komputerowe
2. Wykaz zbiorów danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym prowadzi Administrator Bezpieczeństwa Informacji według wzoru określonego w **Załączniku Nr 3** do niniejszej polityki.

## V. Środki techniczne i organizacyjne niezbędne do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych

### A. Środki ochrony fizycznej.

1. Budynek szpitala, w którym zlokalizowany jest obszar przetwarzania danych osobowych winien być nadzorowany całą dobę.
2. Urządzenia służące do przetwarzania danych osobowych winny znajdować się w pomieszczeniach zabezpieczonych zamkami patentowymi nadzorowanymi całą dobę w przypadku oddziałów szpitalnych.
3. W pomieszczeniu serwerów należy zainstalować systemy antywłamaniowe, antypożarowe i system alarmowe powiadamiające portiera o naruszeniu zabezpieczenia.
4. Przebywanie osób nieuprawnionych w pomieszczeniach tworzących obszar przetwarzania danych osobowych dopuszczalne jest tylko w obecności osoby zatrudnionej przy przetwarzaniu danych lub w obecności właściwego kierownika komórki organizacyjnej.
5. Pomieszczenia, o których mowa wyżej, powinny być zamykane na czas nieobecności w nich osób zatrudnionych przy przetwarzaniu danych, w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osób trzecich.
6. W przypadku przebywania osób postronnych w pomieszczeniach, o których mowa wyżej, monitory stanowisk dostępu do danych osobowych powinny być ustawione w taki sposób, aby uniemożliwić tym osobom wgląd w dane.
7. Do przebywania w pomieszczeniu serwera uprawnieni są:
  - α) Administrator Bezpieczeństwa Informacji,
  - β) osoby odpowiedzialne za obsługę informatyczną szpitala,
  - γ) Dyrektor szpitala.
8. Przebywanie w pomieszczeniu serwera osób nieuprawnionych (konserwator, elektryk, sprzątaczką itp.) dopuszczalne jest tylko w obecności jednej z osób upoważnionych, o których mowa w pkt. 7, a w przypadku ich nieobecności – w obecności osoby pisemnie upoważnionej przez Dyrektora szpitala.

### B. Środki sprzętowe, informatyczne i telekomunikacyjne.

1. Każdy dokument papierowy przeznaczony do wyrzucenia powinien być uprzednio zniszczony w sposób uniemożliwiający jego odczytanie (np. przy pomocy niszczarki dokumentów)
2. Urządzenia wchodzące w skład systemu informatycznego winny być podłączone do odrębnego obwodu elektrycznego, zabezpieczonego na wypadek zaniku napięcia albo awarii w sieci zasilającej centralnym UPS-em.
3. Sieć lokalna winna być podłączona do Internetu za pomocą odrębnego komputera spełniającego funkcje Proxy Server'a oraz Firewall'a.
4. Należy zastosować oprogramowanie do tworzenia kopii zapasowych.
5. Na wszystkich serwerach oraz stacjach roboczych należy zainstalować oprogramowanie antywirusowe. Poczta elektroniczna wpływająca do szpitala winna być skanowana programem antywirusowym przed przesłaniem jej do użytkownika.

6. *Kopie awaryjne należy wykonywać na nośnikach DVD lub taśmach magnetycznych.*

C. Środki ochrony w ramach oprogramowania systemu.

1. *Dostęp fizyczny do baz danych osobowych zastrzeżony jest wyłącznie dla osób zajmujących się obsługą informatyczną szpitala.*
2. *Konfiguracja systemu winna umożliwiać użytkownikom końcowym dostęp do danych osobowych jedynie za pośrednictwem aplikacji.*
3. *System informatyczny winien zdefiniować odpowiednie prawa dostępu do zasobów informatycznych systemu.*
4. *Należy zastosować mechanizm wymuszający okresową zmianę haseł dostępu do aplikacji.*

D. Środki ochrony w ramach narzędzi baz danych i innych narzędzi programowych.

1. *Należy zastosować identyfikator oraz hasło dostępu do danych na poziomie aplikacji.*
2. *Dla każdego użytkownika systemu winien być ustalony odrębny identyfikator i hasło.*
3. *Należy zdefiniować użytkowników i ich prawa dostępu do danych osobowych na poziomie aplikacji (unikalny identyfikator i hasło)*

E. Środki ochrony w ramach systemu użytkowego.

1. *Należy zastosować wygaszanie ekranu w przypadku dłuższej nieaktywności użytkownika.*
2. *Należy zastosować blokadę aplikacji w przypadku dłuższej nieaktywności użytkownika.*

F. Środki organizacyjne

1. *Należy wyznaczyć Administratora Bezpieczeństwa Informacji, do którego obowiązków będzie należało przyznanie uprawnień w zakresie dostępu do systemu informatycznego na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora szpitala określającego zakres uprawnień pracownika.*
2. *Osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych przed dopuszczeniem ich do pracy z tymi danymi winny zostać przeszkolone w zakresie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych, procedur przetwarzania danych oraz informowane o podstawowych zagrożeniach związanych z przetwarzaniem danych w systemie informatycznym.*
3. *Należy prowadzić ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych.*
4. *Należy prowadzić instrukcję zarządzania systemem informatycznym.*
5. *Należy zdefiniować procedury postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.*
6. *Należy wprowadzić obowiązek rejestracji wszystkich przypadków awarii systemu, działań konserwacyjnych w systemie oraz naprawy systemu.*
7. *Należy określić sposób postępowania z nośnikami informacji.*

**VI. Znajomość polityki bezpieczeństwa systemu informatycznego**

*Do zapoznania się z niniejszym dokumentem oraz stosowania zawartych w nim zasad zobowiązani są wszyscy pracownicy szpitala upoważnieni do przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym.*

**ZAŁĄCZNIK NR 1**  
**DO POLITYKI BEZPIECZEŃSTWA**  
**PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  
**SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

**WYZNACZENIE**  
**ADMINISTRATORA BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI**

1. *Na podstawie art. 36 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922) wyznaczam:*

*Pana/ią*

.....  
*/Nazwisko i imię/*

.....  
*/stanowisko/*

*na ADMINISTRATORA BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI.*

2. *Administrator Bezpieczeństwa Informacji jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo danych osobowych w systemie informatycznym, w tym w szczególności za przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemu, w którym przetwarzane są dane osobowe oraz za podejmowanie odpowiednich działań w przypadku wykrycia naruszeń w systemie zabezpieczeń.*
3. *Jednocześnie tracą uprawnienia Administratora Bezpieczeństwa Informacji osoby wcześniej wyznaczone do pełnienia tych obowiązków.*

.....  
*Podpis*  
*Dyrektora Zakładu*

.....  
*Podpis*  
*Administratora Bezpieczeństwa Informacji*

**ZAŁĄCZNIK NR 2**  
**DO POLITYKI BEZPIECZEŃSTWA**  
**PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  
**SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

**WYKAZ BUDYNKÓW, POMIESZCZEŃ LUB CZĘŚCI POMIESZCZEŃ**  
**TWORZĄCYCH OBSZAR, W KTÓRYM PRZETWARZANE SĄ DANE OSOBOWE**

określanie obszaru pomieszczeń, w którym przetwarzane są dane osobowe, powinno obejmować zarówno miejsca, w których wykonuje się operacje na danych osobowych (wpisuje, modyfikuje, kopiuje), jak również miejsca, gdzie przechowuje się wszelkie nośniki informacji zawierające dane osobowe (szafy z dokumentacją papierową, szafy zawierające komputerowe nośniki informacji z kopiami zapasowymi danych, stacje komputerowe, serwery i inne urządzenia komputerowe, jak np. macierze dyskowe, na których dane osobowe są przetwarzane na bieżąco)

Dane osobowe przetwarzane są w budynkach Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy ul. Różana 9 oraz pomieszczeniach Przychodni Specjalistycznej przy ul. Wyb. M. F. Focha 31.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa zbioru danych</i>	<i>Pomieszczenia, w których przetwarzane są dane osobowe</i>	<i>Komórki organizacyjne przetwarzające zbiór</i>	<i>Uwagi</i>

**ZAŁĄCZNIK NR 3**  
**DO POLITYKI BEZPIECZEŃSTWA**  
**PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  
**SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

**WYKAZ ZBIORÓW DANYCH OSOBOWYCH**  
**PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE INFORMATYCZNYM**

*Wykaz ten powinien zawierać informacje w zakresie precyzyjnej lokalizacji miejsca (budynek, pomieszczenie, nazwa komputera lub innego urządzenia np. macierzy dyskowej, biblioteki optycznej itp.), w których znajdują się zbiory danych osobowych przetwarzane na bieżąco oraz nazwy i lokalizacje programów (modułów programowych) używanych do ich przetwarzania.*

*Dane osobowe przetwarzane są w budynkach Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzeźickiego w Żurawicy ul. Różana 9 oraz pomieszczeniach Przychodni Specjalistycznej przy ul. Wyb. M. F. Focha 31.*

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa zbioru danych osobowych</i>	<i>Nazwa programu zastosowanego do przetwarzania zbioru</i>	<i>Autor programu</i>

**Załącznik nr 6**  
**do Regulaminu Organizacyjnego**  
**Wojewódzkiego Podkarpackiego**  
**Szpitala Psychiatrycznego im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy**

**INSTRUKCJA ZARZĄDZANIA SYSTEMEM INFORMATYCZNYM**  
**WOJEWÓDZKIEGO PODKARPACKIEGO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO IM.**  
**PROF. EUGENIUSZA BRZEZICKIEGO W ŻURAWICY**

**Podstawa prawna:**

- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922)
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024)

**I. Definicje**

Ilekróć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

- α) Szpitalu – należy przez to rozumieć Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy
- β) Administratorze Danych – należy przez to rozumieć Dyrektora szpitala.
- χ) Administratorze Bezpieczeństwa Informacji – należy przez to rozumieć osobę wyznaczoną przez administratora danych osobowych – Dyrektora szpitala
- δ) Administratorze Systemu Informatycznego – należy przez to rozumieć informatyka szpitala - osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie systemu informatycznego szpitala oraz stosowanie technicznych i organizacyjnych środków ochrony,
- ε) użytkownika systemu – należy przez to rozumieć osobę upoważnioną do przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym szpitala.  
Użytkownikiem może być pracownik szpitala, osoba wykonująca pracę na podstawie umowy zlecenia lub innej umowy cywilno-prawnej
- φ) sieci lokalnej – należy przez to rozumieć połączenie systemów informatycznych szpitala wyłącznie dla własnych jej potrzeb przy wykorzystaniu urządzeń i sieci telekomunikacyjnych
- γ) sieci rozległej – należy przez to rozumieć sieć publiczną w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (tj. Dz. U. 2014 poz. 243)

**II. Procedury nadawania i zmiany uprawnień do przetwarzania danych.**

1. Każdy użytkownik systemu przed przystąpieniem do przetwarzania danych osobowych musi zapoznać się z:
  - ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922),
  - polityką bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych systemu informatycznego, niniejszym dokumentem.

2. Zapoznanie się z powyższymi informacjami pracownik potwierdza własnoręcznym podpisem na oświadczeniu, którego wzór stanowi **Załącznik Nr 2** do niniejszej instrukcji.
3. Administrator Bezpieczeństwa Informacji przyznaje uprawnienia w zakresie dostępu do systemu informatycznego na podstawie pisemnego upoważnienia (wniosku) administratora danych określającego zakres uprawnień pracownika, którego wzór stanowi **Załącznik Nr 1** do niniejszej instrukcji.
4. Jedynie prawidłowo wypełniony wniosek o nadanie uprawnień w systemie oraz zmianę tych uprawnień jest podstawą rejestracji uprawnień w systemie.
5. Przyznanie uprawnień w zakresie dostępu do systemu informatycznego polega na wprowadzeniu do systemu dla każdego użytkownika unikalnego identyfikatora, hasła oraz zakresu dostępnych danych i operacji.
6. Hasło ustanowione podczas przyznawania uprawnień przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji należy zmienić na indywidualne podczas pierwszego logowania się w systemie informatycznym. Ustanowione hasło, administrator przekazuje użytkownikowi ustnie.
7. Pracownik ma prawo do wykonywania tylko tych czynności, do których został upoważniony.
8. Pracownik ponosi odpowiedzialność za wszystkie operacje wykonane przy użyciu jego identyfikatora i hasła dostępu.
9. Wszelkie przekroczenia lub próby przekroczenia przyznanych uprawnień traktowane będą jako naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych.
10. Pracownik zatrudniony przy przetwarzaniu danych osobowych zobowiązany jest do zachowania ich w tajemnicy. Tajemnica obowiązuje go również po ustaniu zatrudnienia.
11. Identyfikator użytkownika w aplikacji (o ile działanie aplikacji na to pozwala), powinien być tożsamy z tym, jaki jest mu przydzielany w sieci lokalnej.
12. Odebranie uprawnień pracownikowi następuje na pisemny wniosek kierownika właściwej komórki organizacyjnej, któremu pracownik podlega z podaniem daty oraz przyczyny odebrania uprawnień.
13. Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są pisemnie informować Administratora Bezpieczeństwa Informacji o każdej zmianie dotyczącej podległych pracowników mającej wpływ na zakres posiadanych uprawnień w systemie informatycznym.
14. Identyfikator osoby, która utraciła uprawnienia do dostępu do danych osobowych należy niezwłocznie wyrejestrować z systemu informatycznego, w którym są one przetwarzane oraz unieważnić jej hasło.
15. Administrator Bezpieczeństwa Informacji zobowiązany jest do prowadzenia ochrony rejestru użytkowników i ich uprawnień w systemie informatycznym.
16. Rejestr, którego wzór stanowi **Załącznik Nr 3** do niniejszej instrukcji, powinien zawierać:
  - imię i nazwisko użytkownika systemów informatycznych,
  - rodzaj uprawnienia,
  - datę nadania uprawnienia,
  - datę odebrania uprawnienia,
  - przyczynę odebrania uprawnienia,
  - podpis administratora bezpieczeństwa informacji.
17. Rejestr powinien odzwierciedlać aktualny stan systemu w zakresie użytkowników i ich uprawnień oraz umożliwiać przeglądanie historii zmian uprawnień użytkowników.

### **III. Zasady postępowania się hasłami.**

1. Bezpośredni dostęp do danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym może mieć miejsce wyłącznie po podaniu identyfikatora i właściwego hasła.
2. Hasło użytkownika powinno być zmieniane co najmniej raz w miesiącu.
3. Identyfikator użytkownika nie powinien być zmieniany bez wyraźnej przyczyny, a po wyrejestrowaniu użytkownika z systemu informatycznego nie powinien być przydzielany innej osobie.
4. Pracownicy są odpowiedzialni za zachowanie poufności swoich hasła.
5. Hasła użytkownika utrzymuje się w tajemnicy również po upływie ich ważności.
6. Hasło należy wprowadzać w sposób, który uniemożliwia innym osobom jego poznanie.
7. W sytuacji, kiedy zachodzi podejrzenie, że ktoś poznał hasło w sposób nieuprawniony, pracownik zobowiązany jest do natychmiastowej zmiany hasła.
8. Przy wyborze hasła obowiązują następujące zasady:
  - α) minimalna długość hasła - 4 znaki,
  - β) zakazuje się stosować:
    - hasła, które użytkownik stosował uprzednio w okresie minionego roku,
    - swojej nazwy użytkownika w jakiegokolwiek formie (pisanej dużymi literami, w odwrotnym porządku, dublując każdą literę, itp.),
    - swojego imienia, drugiego imienia, nazwiska, przezwiska, pseudonimu w jakiegokolwiek formie,
    - imion (w szczególności imion osób z najbliższej rodziny),
    - ogólnie dostępnych informacji o użytkowniku takich jak: numer telefonu, numer rejestracyjny samochodu, jego marka, numer dowodu osobistego, nazwa ulicy na której mieszka lub pracuje, itp.,
    - wyrazów słownikowych
    - przewidywalnych sekwencji znaków z klawiatury np.: "QWERTY", "12345678", itp.
  - χ) należy stosować:
    - hasła zawierające kombinacje liter i cyfr,
    - hasła zawierające znaki specjalne: znaki interpunkcyjne, nawiasy, symbole @, #, &, itp. o ile system informatyczny na to pozwala,
    - hasła, które można zapamiętać bez zapisywania,
    - hasła łatwe i szybkie do wprowadzenia, po to by trudniej było podejrzeć je osobom trzecim.
9. Zmiany hasła nie wolno zlecać innym osobom.
10. W systemach, które umożliwiają opcję zapamiętania nazw użytkownika lub jego hasła nie należy korzystać z tego ułatwienia.
11. Hasło użytkownika o prawach administratora powinno znajdować się w zalakowanej kopercie i powinno zostać zdeponowane w kasie szpitala, do której dostęp mają:
  - Administrator Bezpieczeństwa Informacji
  - Dyrektor szpitala lub osoba przez niego wyznaczona

### **IV. Procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy w systemie.**

1. Przed rozpoczęciem pracy w systemie komputerowym należy zalogować się do systemu przy użyciu indywidualnego identyfikatora oraz hasła.
2. Przy opuszczeniu stanowiska pracy na odległość uniemożliwiającą jego obserwację należy wykonać opcję wylogowania z systemu (zablokowania dostępu) lub jeżeli taka możliwość nie istnieje wyjść z programu.
3. Osoba udostępniająca stanowisko komputerowe innemu upoważnionemu pracownikowi zobowiązana jest wykonać funkcję wylogowania z systemu.



4. *Przed wyłączeniem komputera należy bezwzględnie zakończyć pracę uruchomionych programów, wykonać zamknięcie systemu i jeżeli jest to konieczne wylogować się z sieci komputerowej*
5. *Niedopuszczalne jest wyłączenie komputera przed zamknięciem oprogramowania oraz zakończeniem pracy w sieci poza sytuacją zawieszenia się systemu lub sytuacją uniemożliwiającą normalne wyłączenie.*

#### **V. Procedury tworzenia zabezpieczeń.**

1. *Za systematyczne przygotowanie kopii bezpieczeństwa odpowiada Administrator Bezpieczeństwa Informacji, a w przypadku jego nieobecności Administrator Systemu Informatycznego lub osoba przez niego wyznaczona.*
2. *Kopie bezpieczeństwa należy wykonywać co 2 dzień na dysku twardym.*
3. *Dodatkowe zabezpieczenie wszystkich programów i danych należy wykonywać pierwszym dniem każdego miesiąca w postaci zapisu na płytach CD lub DVD,*
4. *Na koniec każdego tygodnia należy wykonać zabezpieczenia danych i programów na 3 płytach DVD z powtarzalnością 3 tygodniową.*
5. *Płyty CD/DVD należy przechowywać w kasie pancernej w pokoju KASY w budynku administracji Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy, ul. Różana 9.*
6. *W przypadku wykonywania zabezpieczeń na płytach CD/DVD zapisane dane należy sprawdzić pod kątem przydatności, odzyskiwania tekstowego danych.*

#### **VI. Sposób, miejsce i okres przechowywania elektronicznych nośników informacji zawierających dane osobowe oraz wydruków.**

##### A. Elektroniczne nośniki informacji.

1. *Dane osobowe w postaci elektronicznej – zapisane na dyskietkach, dyskach magnetoptycznych czy dyskach twardych nie mogą być wynoszone poza siedzibę szpitala.*
2. *Wymienne elektroniczne nośniki informacji należy przechowywać w pokojach stanowiących obszar przetwarzania danych osobowych, określony w Polityce bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych szpitala.*
3. *Po zakończeniu pracy przez użytkowników systemu, wymienne elektroniczne nośniki informacji należy przechowywać w zamkniętych szafach biurowych lub kasetkach.*
4. *Urządzenia, dyski lub inne informatyczne nośniki, zawierające dane osobowe, przeznaczone do likwidacji, należy pozbawiać wcześniej zapisu tych danych, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, należy uszkadzać w sposób uniemożliwiający ich odczytanie.*
5. *Urządzenia, dyski lub inne informatyczne nośniki, zawierające dane osobowe, przeznaczone do przekazania innemu podmiotowi, nieuprawnionemu do otrzymywania danych osobowych należy pozbawiać wcześniej zapisu tych danych w sposób trwały.*
6. *Urządzenia, dyski lub inne informatyczne nośniki, zawierające dane osobowe, przeznaczone do naprawy, należy pozbawić przed naprawą zapisu tych danych albo naprawiać je pod nadzorem osoby upoważnionej.*

##### B. Kopie zapasowe.

1. *Kopie zapasowe zbioru danych osobowych oraz oprogramowania i narzędzi programowych zastosowanych do przetwarzania danych należy przechowywać w kasie pancernej w pokoju KASY w budynku administracji Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy, ul. Różana 9.*

2. Dostęp do danych opisanych w punkcie 1 ma Administrator Bezpieczeństwa Informacji oraz upoważnieni przez Administratora Danych pracownicy.

### C. Wydruki.

- W przypadku konieczności przechowywania wydruków zawierających dane osobowe należy je przechowywać w miejscu uniemożliwiającym bezpośredni dostęp osobom niepowołanym.
- Pomieszczenie, w którym przechowywane są wydruki robocze musi być należycie zabezpieczone po godzinach pracy.
- Wydruki, które zawierają dane osobowe i są przeznaczone do usunięcia, należy zniszczyć w stopniu uniemożliwiającym ich odczytanie.

### **VII. Środki ochrony systemu przed złośliwym oprogramowaniem, w tym wirusami komputerowymi.**

1. Na każdym stanowisku komputerowym podłączonym do sieci rozległej winno być zainstalowane oprogramowanie antywirusowe pracujące w trybie monitora.
2. Każdy e-mail wpływający do szpitala winien być sprawdzony pod kątem występowania wirusów przez bramę antywirusową.
3. Definicje wzorców wirusów należy aktualizować nie rzadziej niż raz w tygodniu.
4. Zabrania się używania nośników niewiadomego pochodzenia bez wcześniejszego sprawdzenia ich programem antywirusowym. Sprawdzenia dokonuje użytkownik, który nośnik zamierza użyć.
5. Zabrania się pobierania z Internetu plików niewiadomego pochodzenia. Każdy plik pobrany z Internetu winien być sprawdzony programem antywirusowym. Sprawdzenia dokonuje użytkownik, który pobrał plik.
6. Zabrania się odczytywania załączników poczty elektronicznej bez wcześniejszego sprawdzenia ich programem antywirusowym. Sprawdzenia dokonuje pracownik, który pocztę otrzymał.
7. Administrator Systemu Informatycznego obowiązany jest do przeprowadzania cyklicznych kontroli antywirusowych na wszystkich komputerach – w okresach obejmujących nie więcej niż trzy miesiące.
8. Kontrola antywirusowa winna być przeprowadzana na wybranym komputerze w przypadku zgłoszenia nieprawidłowości w funkcjonowaniu sprzętu komputerowego lub oprogramowania.
9. W przypadku wykrycia wirusów komputerowych należy sprawdzić stanowisko komputerowe, na którym wirus wykryto oraz wszystkie posiadane przez użytkownika nośniki informacji.

### **VIII. Zasady i sposób odnotowywania w systemie informacji o udostępnieniu danych osobowych.**

1. Dane osobowe z eksploatowanych systemów mogą być udostępniane wyłącznie osobom upoważnionym.
2. Udostępnienie danych osobowych, w jakiegokolwiek postaci, jednostkom nieuprawnionym wymaga pisemnego upoważnienia Administratora Danych.
3. Udostępnienie danych osobowych nie może być realizowane drogą telefoniczną.
4. Udostępnienie danych osobowych może nastąpić wyłącznie po przedstawieniu wniosku, którego wzór stanowi Załącznik Nr 4 do niniejszej instrukcji.
5. Kierownicy komórek organizacyjnych prowadzą rejestry udostępnionych danych osobowych zawierające co najmniej: datę udostępnienia, podstawę, zakres udostępnionych informacji oraz osobę lub instytucję której dane udostępniono.

6. Aplikacje wykorzystywane do obsługi baz danych osobowych powinny zapewniać odnotowanie informacji o udzielonych odbiorcom danych. Zakres informacji powinien obejmować co najmniej: dane odbiorcy, datę wydania, zakres udostępnionych danych.

## **IX. Sposób postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.**

Sposób postępowania w sytuacji stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych określa **Załącznik Nr 5** do niniejszej instrukcji.

## **X. Procedury wykonywania przeglądów i konserwacji systemu.**

### **A. Przeglądy i konserwacja urządzeń.**

1. Przeglądy i konserwacja urządzeń wchodzących w skład systemu informatycznego powinny być wykonywane w terminach określonym przez producenta sprzętu.
2. Nieprawidłowości ujawnione w trakcie tych działań powinny być niezwłocznie usunięte, a ich przyczyny przeanalizowane. O fakcie ujawnienia nieprawidłowości należy zawiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji.

### **B. Przegląd programów i narzędzi programowych.**

1. Konserwacja baz danych przeprowadzana jest zgodnie z zaleceniami twórców poszczególnych programów.
2. Administrator Bezpieczeństwa Informacji zobowiązany jest uaktywnić mechanizm zliczania nieudanych prób zameldowania się do systemu oraz ustawić blokadę konta użytkownika po wykryciu trzech nieudanych prób, we wszystkich systemach posiadających taką funkcję.
3. Wszystkie logi opisujące pracę systemu, zameldowania i wymeldowania użytkowników oraz rejestr z systemu śledzenia wykonywanych operacji w programie należy przed usunięciem zapisać na płytę DVD.

### **C. Rejestracja działań konserwacyjnych, awarii oraz napraw.**

1. Administrator Bezpieczeństwa Informacji prowadzi „Dziennik systemu informatycznego Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy”. Wzór i zakres informacji rejestrowanych w dzienniku określony jest w **Załączniku Nr 6** niniejszej instrukcji.
2. Wpisów do dziennika może dokonywać Administrator Danych, Administrator Bezpieczeństwa Informacji lub osoby przez nich wyznaczone.

## **XI. Połączenie do sieci Internet.**

1. Połączenie lokalnej sieci komputerowej szpitala z Internetem jest dopuszczalne wyłącznie po zainstalowaniu mechanizmów ochronnych (firewall+proxy) oraz kompleksowego oprogramowania antywirusowego.

**WNIOSEK  
O NADANIE UPRAWNIEŃ W SYSTEMIE INFORMATYCZNYM**

<i>Nowy użytkownik</i>	<i>Modyfikacja uprawnień</i>	<i>Odebranie uprawnień w systemie informatycznym</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Imię i Nazwisko użytkownika:</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>
<i>Opis zakresu uprawnień użytkownika w systemie informatycznym i uzasadnienie:</i>	
<i>Data wystawienia:</i>	<i>Podpis bezpośredniego przełożonego użytkownika systemu:</i>
	<i>Podpis Dyrektora szpitala:</i>

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(stanowisko)

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w związku z wykonywanymi obowiązkami służbowymi, przetwarzam lub mam dostęp do zbiorów, dokumentów, zestawień, kartotek oraz Podkarpackiego Systemu Informacji Medycznej zawierającego dane osobowe, dlatego w związku z tym zapoznałem(am) się z:

1. ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922),
2. rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji dlatego dnia 29.04.2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024 z późn. zm.),
3. dokumentem „Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych systemu informatycznego Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy”.
4. dokumentem „Instrukcja zarządzania systemem informatycznym Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy”.

i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....  
(podpis pracownika)

.....  
(data)



**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH**

1. *Wniosek do Dyrektora Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy*

2. *Wnioskodawca.....*  
.....  
*(nazwa firmy i jej siedziba albo nazwisko, imię i adres zamieszkania wnioskodawcy, ew. NIP oraz nr REGON)*

3. *Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych albo wskazanie wiarygodnie uzasadnionej potrzeby posiadania danych w przypadku osób innych niż wymienione w art. 29 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych:*

.....  
.....  
.....

4. *Wskazanie przeznaczenia dla udostępnionych danych:*

.....  
.....

5. *Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają być udostępnione dane:*

.....  
.....

6. *Zakres żądanych informacji ze zbioru:*

.....  
.....

7. *Informacje umożliwiające wyszukanie w zbiorze żądanych danych:*

.....  
.....

.....  
*(data, podpis, pieczęć wnioskodawcy)*

**INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA  
W SYTUACJI NARUSZENIA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

*Niniejsza instrukcja reguluje postępowanie pracowników szpitala zatrudnionych przy przetwarzaniu danych osobowych w przypadku stwierdzenia naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych /Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie określenia podstawowych warunków technicznych i organizacyjnych jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych*

§ 1

*Celem niniejszej instrukcji jest określenie zadań pracowników w zakresie:*

- 1. ochrony danych osobowych przed modyfikacją, zniszczeniem, nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem lub pozyskaniem danych osobowych, a także ich utratą oraz ochroną zasobów technicznych,*
- 2. prawidłowego reagowania pracowników zatrudnionych przy przetwarzaniu danych osobowych w przypadku stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych lub zabezpieczeń systemu informatycznego.*

§ 2

*Naruszenie systemu ochrony danych osobowych może zostać stwierdzone na podstawie oceny:*

- 1. stanu urządzeń technicznych,*
- 2. zawartości zbiorów danych osobowych,*
- 3. sposobu działania programu lub jakości komunikacji w sieci teleinformatycznej,*
- 4. metod pracy (w tym obiegu dokumentów).*

§ 3

*W przypadku stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych należy bezzwłocznie:*

- 1. Powiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji lub bezpośredniego przełożonego lub Dyrektora szpitala,*
- 2. Zablokować dostęp do systemu dla użytkowników oraz osób nieupoważnionych,*
- 3. Podjąć działania mające na celu zminimalizowanie lub całkowite wyeliminowanie powstałego zagrożenia - o ile czynności te nie spowodują przekroczenia uprawnień pracownika,*
- 4. Zabezpieczyć dowody umożliwiające ustalenie przyczyn oraz skutków naruszenia bezpieczeństwa systemu.*

§ 4

- 1. Bezpośredni przełożony pracownika po otrzymaniu powiadomienia o naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji lub Dyrektora szpitala, chyba, że zrobił to pracownik, który stwierdził naruszenie.*
- 2. Na stanowisku, na którym stwierdzono naruszenie zabezpieczenia danych, Administrator Bezpieczeństwa Informacji i osoba przełożona pracownika przejmują*



*nadzór nad pracą w systemie odsuwając jednocześnie od stanowiska pracownika, który dotychczas na nim pracował, aż do czasu wydania odmiennej decyzji.*

#### § 5

*Administrator Bezpieczeństwa Informacji lub osoba przez niego upoważniona podejmuje czynności wyjaśniające mające na celu ustalenie:*

- 1. przyczyn i okoliczności naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych,*
- 2. osób winnych naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych,*
- 3. skutków naruszenia.*

#### § 6

- 1. Administrator Bezpieczeństwa Informacji zobowiązany jest do powiadomienia o zaistniałej sytuacji Dyrektora szpitala, który podejmuje decyzje o wykonaniu czynności zmierzających do przywrócenia poprawnej pracy systemu oraz o ponownym przystąpieniu do pracy w systemie.*
- 2. Administrator Bezpieczeństwa Informacji zobowiązany jest do sporządzenia pisemnego raportu na temat zaistniałej sytuacji, zawierającego co najmniej:*
  - o datę i miejsce wystąpienia naruszenia,*
  - o zakres ujawnionych danych,*
  - o przyczynę ujawnienia, osoby odpowiedzialne oraz stosowne dowody winy,*
  - o sposób rozwiązania problemu,*
  - o przyjęte rozwiązania mające na celu wyeliminowanie podobnych zdarzeń w przyszłości.*

*Raport ten Administrator Bezpieczeństwa Informacji przekazuje Dyrektorowi szpitala.*

#### § 7

- 1. Za naruszanie ochrony danych osobowych obowiązują następujące kary:*
  - a) kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*
  - b) kto będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*
  - c) jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku.*
  - d) kto narusza choćby nieumyślnie obowiązek zabezpieczenia ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.*
- 2. Niezależnie od w/w odpowiedzialności karnej naruszenie ochrony danych osobowych Dyrektor szpitala może stosować kary porządkowe.*

*ZAŁĄCZNIK NR 6  
DO INSTRUKCJI ZARZĄDZANIA  
SYSTEMEM INFORMATYCZNYM*

*Dziennik zawiera opisy wszelkich zdarzeń istotnych dla działania systemu informatycznego, a w szczególności:*

- w przypadku awarii - opis awarii, przyczyna awarii, szkody wynikłe na skutek awarii, sposób usunięcia awarii, opis systemu po awarii, wnioski;*
- w przypadku konserwacji systemu – opis podjętych działań, wnioski.*

*DZIENNIK SYSTEMU INFORMATYCZNEGO  
WOJEWÓDZKIEGO PODKARPACKIEGO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO  
W ŻURAWICY*

<i>Lp.</i>	<i>Data i godzina zdarzenia</i>	<i>Opis zdarzenia</i>	<i>Podjęte działania/ wnioski</i>	<i>Podpis</i>

*Strona .....*